# 沈北新区乡村医生养老待遇补助政策

# 实施方案（征求意见稿）

为贯彻《辽宁省人民政府办公厅关于进一步加强农村医疗卫生服务体系建设的实施意见》（辽政办发〔2015〕40号）、《辽宁省人民政府办公厅关于印发进一步加强全省乡村医生队伍建设实施方案的通知》（辽政办发〔2016〕31号）等文件精神，落实《沈阳市人民政府办公厅关于进一步加强农村医疗卫生服务体系建设的实施意见》（沈政办发〔2015〕47号）、市卫健委《关于加快推进乡村医生养老待遇政策落实的函》（沈卫函〔2019〕100号）和市卫健委、市财政局、市人力资源和社会保障局联合下发的《关于加快推进我市乡村医生养老待遇政策落实的请示》（沈卫联〔2019〕9号）等文件要求，为进一步落实乡村医生养老待遇政策,妥善解决我区乡村医生的养老待遇补助问题，结合我区实际，制定以下实施方案。

一、补助范围

（一）补助对象须同时具备以下条件

1.1965年6月26日后在现沈北新区行政区域内村卫生室连续从事乡村医生（含赤脚医生、接生员，下同）工作满1 年（含1年）以上的人员。

2.持有有效的乡村医生执业证明材料。持有区级及以上卫生行政部门颁发的赤脚医生证书、乡村医生证书、乡村医生执业证书、医师执业证书、接生员证等证书的，或能出具本方案要求的人证、物证材料的从事乡村医生的人员。

3.年满60 周岁且同意或已离开乡村医生岗位的。

（二）乡村医生存在下列情况之一的，不得列入补助范围

1.已经被国家机关或企事业单位录用的；

2.2015年7月15日（含）前去世的；

3.参加城镇职工基本养老保险的；

4.有刑事犯罪记录的；

5.已年满六十周岁但不同意离开村卫生室岗位的；

6.违反乡村医生执业规定，出现重大医疗事故或造成重大不良影响的。

（三）有以下特殊情况给予补助

符合领取乡村医生养老待遇补助条件的乡村医生在2015年7月15日后死亡的，由其法定继承人提交申请材料，补助计算时间自2015年8月1日至乡村医生死亡当月。

二、补助标准

对符合补助条件的乡村医生，按照实际工作年限每满1年给付25元的标准计算养老待遇补助金额，剩余不满1年的按1年计算。月补助金额=25元/年×实际工作年限。

三、执行时间

（一）2015年7月15日年满60周岁的

1.已离开村卫生室岗位的乡村医生，自2015年8月起享受养老待遇补助。

2.未离开村卫生室岗位的乡村医生，自离岗日期的次月起享受养老待遇补助。

（二）2015年7月15日未满60周岁的

1.已离开乡村医生岗位的人员，先由所在街道履行身份核定及工作年限确定等全部程序，报区卫健局备案，待满60周岁后从次月起给予补助。

2.未离开乡村医生岗位的人员，先由所在街道履行身份核定及工作年限确定等全部程序，待满60周岁后且离开乡村医生岗位后，再行给予补助。

（三）享受养老待遇补助的乡村医生

享受养老补助的乡村医生，生命终止次月起不再享受补助待遇。

四、资格认定

认定工作坚持“物证为主、人证必须、调查审核、公开监督”的原则，由乡村医生工作所在地街道专人负责认证和初步核定；区卫健局会同人社、公安、社保和相关街道办事处等部门共同做好乡村医生身份和工作年限认定的组织、指导、审核和监督等工作；乡村医生身份认定原则上以乡村医生提供的原始证明材料为主，以街道（村）、卫健部门掌握的原始档案、资料为辅；不能提供原始材料亦没有原始档案的，以证明人证明材料为佐证。

（一）认证乡村医生身份

1.申请认证其乡村医生身份的人员，须提供原始证明材料及复印件，包括卫生行政部门颁发的赤脚医生证书、乡村医师证书、乡村医生执业证书、医师执业证书，由各街道相应工作机构负责查验核实原件及复印件。

2.乡村医生有关证书丢失的，需填写《村医身份认定表（证书丢失）》（附件4）。证明人至少需5人以上，且满足以下条件：一是街道（或乡镇卫生院、社区卫生服务中心)从事防保或村医管理工作的人员（含资历相符的原工作人员）1人；二是村卫生室所在地村委会成员（含资历相符的原工作人员）1人及村民代表1人；三是本街道同期从事村医工作且具有原始物证材料的至少2人。

（二）认证工作年限

认证乡村医生工作年限以各街道相应工作机构调查核实村医实际在岗工作年限为准，工作年限以乡村医生在村卫生室实际工作时间确定，剩余不满一年的按一年计算。

一是起始年限时间的认定：原则上以申请人有效证件上的起始时间和可查询的原始档案时间一致为准；如不一致，申请人也可提供医疗机构执业许可证、医疗收据凭证、本人签名的处方、门诊病历等可以有效证明其起始工作经历和起始年限的医疗文书或资料。

申请人不能提供原始材料亦没有原始档案的，需由和申请人年龄相仿的村民（村医）代表至少2人证实（见附件6）。

二是终止年限时间的认定：由各街道从事乡村医生管理工作的人员（含资历相符的原管理人员）或村委会成员至少2人证明（见附件7），并由街道、村委会、卫生院（社区卫生服务中心）盖章。

如中途离开村卫生室的，其前后实际工作时间可合并计算工龄；在两个以上单位连续担任乡村医生的时间，凡经卫生行政部门同意变动的，可合并计算为连续工龄。

（三）认证程序中证明人

证明人必须具备独立的民事行为能力，不能与乡村医生有直系亲属关系，能够提供身份证明。如提供虚假证明，经查证属实，则取消申领人及证明人（村医身份的）的村医补助资格。

五、认证程序

（一）申请

申请人到最终执业所在街道领取《乡村医生养老待遇申请登记表》（附件3）、《乡村医生工作终止时间证明表》（附件7）、《老年乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）、承诺书（附件9），同时按需要领取《村医身份认定表（证书丢失）》（附件4）、《乡村医生工作起始时间证明表》（附件6）。（以上所有材料均需一式3份）。

同时，村医需提供无犯罪记录证明及未参加城镇职工基本养老保险证明。

（二）初审

各街道相应工作机构负责对申请人提供的乡村医生相关证书、物证、人证等资料进行调查、取证、核实，其中人证资料需要逐一核实，形成初审结果，在《老年乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）盖章；对申请人提交的材料（一人一档）汇总，填写《老年乡村医生养老待遇补助人员汇总表》（附件12）一并报到沈北新区老年乡村医生养老待遇补助工作领导小组办公室（区卫健局）。

1. 复核

由区卫健局进行复核，必要时会同人社、社保、公安等部门一并进行复核。

1. 公示

各街道根据卫健局反馈的复核结果，填写《老年村乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件10）、《街道乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件11）并分别在村委会及街道范围内进行公示，公示时间为7个工作日。公示期间发现问题及时进行调查处理并将公示结果反馈至区卫健局。无异议后，由区卫健局填写《沈北新区老年乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件13）并在区政府网站上进行公示，公示时间7个工作日。

（五）审批及备案

公示结束无异议后，由街道填写《沈北新区老年乡村医生养老待遇补助人员确认表》（附件14）纸版及电子版上报区卫健局备案。

1. 资金来源

老年乡村医生养老待遇补助所需资金由区财政负担，每年纳入财政预算。

七、发放途径

各街道承担辖区内老年乡村医生养老待遇补助发放工作，每季度发放一次，统一通过乡村医生或已故乡村医生继承人的个人银行卡发放。

八、保障措施

（一）加强组织领导。发放乡村医生养老待遇补助是保持基层医疗卫生队伍稳定的重要措施，更是关系到广大乡村医生养老待遇的重大惠民政策。

区政府成立由区长为组长，主管副区长为副组长，区委组织部、区纪委监委、区信访局、区政府办公室、区财政局、区人社局、区卫健局、区审计局、区公安分局、市社保中心沈北分中心、各街道办事处主要领导为成员的沈北新区老年乡村医生养老待遇补助工作领导小组（附件1）。

各街道也要成立相应的工作领导小组（工作机构）。各街道和各有关部门要加强组织领导，精心安排部署，认真履行职责，严格执行有关政策、人员范围、补助标准和认证步骤等规定，对符合规定条件的人员，无论是否纳入前期调查摸底范围，均应依法依规进行认证，做到应认尽认，没有遗漏。对存在弄虚作假、徇私舞弊行为的，要坚决取消申请人的认证资格，涉及单位和工作人员的，要严肃追究有关负责人和相关责任人的责任。在认证过程中，各有关单位不得出现对申请人故意刁难、推诿扯皮和行政不作为等现象，一经查实，将严肃问责。

（二）加强部门协作。本次乡村医生补助的身份和工作年限认定以街道为准。各街道要成立专门工作机构，本着科学、严谨、务实的态度，全面准确核实补助人员数量和补助乡村医生个人信息工作；区卫健局协调、指导各部门、各街道完成全区享受补助的乡村医生人员身份和工作年限认证工作，同时要正确宣传乡村医生养老补助的相关政策；区公安分局要积极做好乡村医生刑事犯罪行为认证及死亡信息通报核查等工作；区委组织部、区人社局负责对申请人是否存在被国家机关、事业单位录用。沈阳市社会保险事业服务中心沈北分中心负责对申请人是否参加城镇职工基本养老保险等情况进行核查。区财政局负责资金筹措和保障工作。区纪委监委负责对不作为、乱作为和提供虚假证明的相关责任人员依法依纪追究责任。区审计局负责对资金管理使用情况进行审计。区信访部门负责做好实施过程中的信访维稳以及相关投诉举报案件的转办、移交等工作。区司法局负责对区政府规范性文件的合法性进行审查。

各部门要密切关注、积极配合，共同推进乡村医生养老待遇补助发放工作，保持社会和谐稳定。各街道和有关部门要及时搜集工作中出现的新情况、新问题，对落实政策过程中遇到的重大问题，及时报告区领导小组办公室。

此文件自发布之日起执行，未尽事宜由沈北新区乡村医生养老待遇补助工作领导小组办公室负责解释。

附件 ：

1.《沈北新区乡村医生养老待遇补助工作领导小组名单》

2.《沈北新区乡村医生养老待遇补助政策工作流程》

3.《乡村医生养老待遇补助申领登记表》

4.《乡村医生身份认定证明表（证书丢失）》

5.《证明人信息登记表》

6.《乡村医生工作起始时间证明表》

7.《乡村医生工作终止时间证明表》

8.《乡村医生养老待遇补助审批表》

9.《公开承诺书》

10.《村乡村医生养老待遇补助人员公示表》

11.《街道乡村医生养老待遇补助人员公示表》

12.《乡村医生养老待遇补助人员汇总表》

13.《沈北新区乡村医生养老待遇补助人员公示表》

14.《沈北新区乡村医生养老待遇补助人员确认表》

15.《乡村医生养老待遇补助发放表》

16.《乡村医生养老待遇补助人员变动表》

附件1

沈北新区落实乡村医生养老待遇补助

工作领导小组名单

组 长： 沈北新区人民政府区长

副组长： 负责政府常务工作副区长

负责卫生健康工作副区长

区政府副区长，区公安分局局长

成 员：区委组织部、区纪委监委、区公安分局相关负责同志，区委区政府信访局、区政府办公室、区财政局、区人社局、区卫生健康局、区审计局、市社保中心沈北分中心、各街道办事处主要负责同志。

领导小组下设办公室，办公室设在区卫生健康局，办公室主任由区卫生健康局局长兼任。

附件2

沈北新区落实乡村医生养老待遇补助政策

工作流程

1.领取表格。申请人到最终执业所在街道领取《乡村医生养老待遇补助申请登记表》（附件3）、《乡村医生工作终止时间证明表》（附件7）、《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）、承诺书（附件9），同时按需要领取《村医身份认定表（证书丢失）》（附件4）、《乡村医生工作起始时间证明表》（附件6）。（以上所有材料均需一式三份）。

2.填写表格。申请人本人用正楷字如实、完整填写申请登记表上相关内容，不允许有涂改，并粘贴本人近期一寸免冠照片；也可电子版填写内容，手写签名。

3.初审。各街道相应工作机构负责对申请人提供的乡村医生相关证书、物证、人证等资料进行调查、取证、核实，其中人证资料需要逐一核实，形成初审结果，在《乡村医生养老待遇补助审批表》（附件8）盖章；对申请人提交的材料（一人一档）汇总，填写《乡村医生养老待遇补助人员汇总表》（附件12）一并报到沈北新区老年乡村医生养老待遇补助工作领导小组办公室（区卫健局）。

4.复核。由区卫健局进行复核，必要时会同人社、社保、公安等部门一并进行复核。

5.公示。各街道根据卫健局反馈的复核结果，填写《村乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件10）、《街道乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件11）并分别在村委会及街道范围内进行公示，公示时间为7个工作日。公示期间发现问题及时进行调查处理并将公示结果反馈至区卫健局。无异议后，由区卫健局填写《沈北新区乡村医生养老待遇补助人员公示表》（附件13）并在区政府网站上进行公示，公示时间7个工作日。

6.审批及备案。公示结束无异议后，由区卫健局将公示结果进行备案，并将《沈北新区乡村医生养老待遇补助人员确认表》及电子版（附件14）反馈至各街道。

7.发放。区老年乡村医生养老待遇补助工作领导小组办公室将全区审批通过的人员名单及相关信息移交至各街道，由街道按程序申领、发放补助资金。

附件3

乡村医生养老待遇补助申领登记表

沈北新区                 街道            村

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | 出生年月 | |  | 近期1寸照片 | |
| 联系电话 |  | 学历 | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | |
| 是否已经被国家机关或企事业单位录用 | | | |  | | | | | |
| 是否参加城镇职工基本养老保险 | | | |  | | | | | |
| 目前是否在岗 | | | |  | | | | | |
| 从事乡村医生工作简历 | 起止时间 | | | 执业地点（村卫生室） | | | | 工作年限 | |
|  | | | 街道      村 | | | |  | |
|  | | | 街道       村 | | | |  | |
|  | | | 街道 村 | | | |  | |
| 累计从业年限 | | | | 年 | | | | | |
| 能否提供原始证件，如能提供填写下表，如不能提供（证件丢失）填写《附件》4 | | | | | | | | | |
| 证书类别 | 发证机关 | | 证书编号 | | | 发证日期 | | | 备注 |
|  |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | |  | | |  |

附件4

村医身份认定证明表（证书丢失）

沈北新区         街道 村

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人做出如下承诺：  1.提供被证明人曾从事乡村医生工作的证明材料真实、准确；  2.若出现虚假行为，证明人和被证明人一同承担责任和后果；  3.证明人出具虚假信息的，经举报或经落实乡村医生养老待遇补助工作领导小组查证属实的，取消证明人和被证明人乡村医生补助资格。 | | | | | |
| 被证明人： ，男/女， 岁，该人曾经在       街道          村卫生室从事乡村医生工作，特此证明。 | | | | | |
| 证明人类别 | 姓名（按手印） | | 身份证号 | | 联系电话 |
| 从事防保、村医管理人员 |  | |  | |  |
| 村委会成员 |  | |  | |  |
| 村民代表 |  | |  | |  |
| 村医（本街道同期从事村医工作且具有原始物证材料）至少2人。 |  | |  | |  |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| 村医本人意见：（同意、不同意） （签名并按手印） | | | | | |
| 村委会审核意见  （公章）  年 月    日 | | 卫生院（社区卫生服务中心）  审核意见  （公章）  年 月    日 | | 街道审核意见  （公章）  年   月   日 | |

|  |
| --- |
|  |

附件5

证明人信息登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | | 出 生 年 月 |  | 证明人近期  1寸照片 |
| 联系电话 |  | 工作单位 |  | | | |
| 身份证号码 |  | | 与被证明人的关系 | |  | |
| 家庭住址 |  | | | | | |
| 证明人工作简历： | | | | | | | |
| 证明内容：  我证明被证明人 于 年 月至 年 月，在 区 街道 村卫生室从事乡村医生工作，证明情况属实，如提供虚假证明，本人愿承担相关责任。特此证明。  证明人（签名并按手印） | | | | | | | |
| 身份证复印件｛正面｝ | | | | 身份证复印件｛反面｝ | | | |

说明：证明人对所证明的内容承担法律责任，协助被证明人弄虚作假的，除按相应党政纪有关规定处理外，还应承担相应经济方面连带责任。

附件6

乡村医生工作起始时间证明表

沈北新区           街道            村

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被证明人：          ，男/女， 岁，自      年     月开始在      村卫生室从事乡村医生工作，特此证明。 | | | |
| 证明人员（至少2人） | | | |
| 姓名（按手印） | 身份证号 | 联系电话 | 工作单位（身份） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 乡医本人意见： | （签名并按手印）  年   月   日 | | |
| 村委会意见 | （公章）  年   月   日 | | |
| 卫生院（社区卫生服务中心）  意见 | （公章）  年   月   日 | | |
| 街道审核意见 | （公章）  年   月   日 | | |

附件7

乡村医生工作终止时间证明表

沈北新区                街道            村

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被证明人：          ，男/女， 岁，自      年     月终止      村卫生室乡村医生工作，特此证明。 | | | |
| 证明人员列表（至少2人） | | | |
| 姓名（按手印） | 身份证号 | 联系电话 | 工作单位（身份） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 乡医本人意见： | （签名并按手印）  年   月   日 | | |
| 村委会意见 | （公章）  年   月   日 | | |
| 卫生院（社区卫生服务中心）意见 | （公章）  年   月   日 | | |
| 街道意见 | （公章）  年   月   日 | | |

附件8

乡村医生养老待遇补助审批表

沈北新区       街道         村

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 近期1寸照片 |
| 工作年限 |  | 起止时间 |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | |
| 现居住地址 |  | | | | |
| 村委会意见  公 章  年 月 日 | | | | | | |
| 乡卫生院（社区卫生服务中心）意见  公 章  年 月 日 | | | | | | |
| 街道意见  公 章  年 月 日 | | | | | | |
| 卫健局意见  公 章  年 月 日 | | | | | | |

附件9

公开承诺书

本人承诺，在沈北新区落老年村医生养老待遇补助工作过程中，本人对《沈北新区老年乡村医生养老待遇补助实施方案》（以下简称方案）内容悉知并充分理解，对《方案》无任何异议，完全接受。

本人承诺今后对乡村医生养老待遇补助政策及相关事宜等问题不上访、不投诉。

本人承诺在申请补助工作中所提交的材料和填写的个人信息，均真实无误，无虚假行为。如有不实，个人愿承担一切后果，直至取消补助资格。

承诺人：             （签名并按手印）

年   月     日

附件10

\_\_\_\_\_\_\_\_村乡村医生养老待遇补助人员公示表

经对沈北新区 街道 村乡村医生提供的物证资料和人证资料进行逐一核实，现将该申请养老待遇补助的乡村医生情况公示如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证书名称** | **执业地点** | **工作起止年月** | **工作年限** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公示时间为 年 月 日—— 年 月 日，公示内容如有不实和其他问题，可通过电话或面谈的方式联系。

监督联系电话：

沈北新区 街道 村（公章） 年 月 日

附件11

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_街道乡村医生养老待遇补助人员公示表

沈北新区 街道符合养老待遇补助申请条件的乡村医生情况公示如下：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证书名称** | **执业地点** | **工作起止年月** | **工作年限** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公示时间为 年 月 日—— 年 月 日，公示内容如有不实和其他问题，可通过电话或面谈的方式联系。

监督联系电话：

沈北新区 街道(公章） 年 月 日

附件12

乡村医生养老待遇补助人员汇总表

沈北新区       街道（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证书名称** | **执业地点** | **工作起止年月** | **工作年限** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填报时间： 年 月 日

附件13

沈北新区乡村医生养老待遇补助人员公示表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 公示日期： 年 月 日—— 年 月 日 | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证书名称** | **执业地点** | **工作起止年月** | **工作年限** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

公示时间为 年 月 日—— 年 月 日，公示内容如有不实和其他问题，可通过电话或面谈的方式联系。

监督联系电话：

附件14

沈北新区乡村医生养老待遇补助人员确认表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 沈北新区       街道（公章） | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证件名称** | **执业地点** | **工作起止时间** | **工作年限** | **联系电话** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填表时间： 年 月 日

附件15

乡村医生养老待遇补助发放表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 沈北新区 街道（公章） | | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证件名称** | **执业地点** | **工作起止时间** | **工作**  **年限** | **联系电话** | **银行卡号** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填报人： 联系电话： 填表时间： 年 月 日

附件16

乡村医生养老待遇补助人员变动表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 沈北新区 街道（公章） | | | | | | | | | | |
| **序号** | **姓名** | **性别** | **年龄** | **身份证号** | **证件名称** | **执业地点** | **工作起止时间** | **工作**  **年限** | **联系电话** | **变动情况及事由** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 联系电话： 填表日期： 年 月 日