附件1：

老年乡村医生生活困难补助申请审批表

桓仁县 镇（乡） 村

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | 出生年月 | | 年 月 | | | 申请人照片（1寸） | |
| 联系电话 |  | | 学历 | |  | 户籍 | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | |
| 从事乡村医生工作简历 | 起止时间 | 原执业地点（村卫生室） | | | | | | | 曾在村卫生室工作时间 年 个月 | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | |
|  |  |  | | | | | | |  | | | |
| 累计从  业年限 | 年 个月 | | | 退出村卫  生室原因 | | |  | | | 最后退出村卫生室时间 | |  |
| 退出后从事何种职业 |  | | | 是否享受社会  基本养老保险 | | |  | | |
| 有效从  业证件 |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 证明人 | 姓名 | 现工作单位 | | 职务/身份 | | 与本人关系 | 联系电话 |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
|  |  |  | |  | |  |  |
| 本人承诺 | 本人提供的上述信息真实无误，并承担相应法律责任。    申请人签名（按手印）：    年 月 日 | | | | | | |
| 乡镇工作领  导小组意见 | 负责人审核意见：  （签名）：    乡镇长审核意见：  （签名）：    （乡镇政府公章）    年 月 日 | | 县工作领导  小组意见 | | 审核意见：  负责人签名：  （公章）    年 月 日 | | |

备注**：**1. 此表一式两份，县、乡工作领导小组各一份；

2. “有效从业证件”一栏，需填写执业证书的名称、发证机关、发证时间、证书编号等； 同时，将“有效从业证件”复印并注明“此件与原件相符”，一式两份，县、乡领导小组存档，原件由本人留存；

3. 证明人为已退休人员，填写“现工作单位”一栏，应注明“曾在×××单位工作，现退休”。