附件6:

老年乡村医生领取生活困难补助人员汇总表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡 镇 | 姓 名 | 性 别 | 出生年月 | 身份证号码 | 家庭住址 | 从事乡村医生起止时间 | 年限 | 年生活补助费（元） | 联系电话 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备注**：**1. 此表由乡镇工作领导小组录入后上报纸版（盖公章）和电子版，邮箱:wsjwlx8822460@163.com；

 2. 此表一式两份，县、乡工作领导小组各一份。

**申报材料归档（卷）目录**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 件号 | 责任者 | 文 号 | 题　　 名 | 日 期 | 页数 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**备注：1. “文号”一栏，如无文号可不填写；**

 **2. 每个申报人的材料单独归档（卷）。**

模板一：（用A3纸制作）

 乡镇老年乡村医生生活困难

补助人员公示

经审查，下列同志（见附件）符合享受老年乡村医生生活困难补助条件，现予以公示。

如有异议，请向乡镇工作领导小组或县工作领导小组办公室反映。反映问题时，要用真实姓名、单位、联系电话和通讯地址，反映问题的时间、地点、经过、证人证言等事实要清楚准确，并提交证明材料。对反映虚假问题或诬告的，不予受理。

 乡镇工作领导小组联系话： ，县工作领导小组办公室联系电话：024—48822460，48878711

 附件：老年乡村医生生活困难补助人员公示名单

 乡镇政府

 二〇一八年 月 日

模板二**：**（用A3纸制作）

老年乡村医生生活困难补助人员公示名单

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 工作年限 | 所在村卫生室 | 证明材料 | 工作年限证明人 |
| 起止时间 | 卫生室名称 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 二〇一八年 月 日