附件4

离岗老年乡村医生信息公示表

公示单位：村委会/乡镇人民政府（街道办事处）盖章

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 所在村卫生室（社区） | 工作时间（XX年XX月-XX年XX月） | 担任乡村医生期间是否兼任村“三职”干部（若是，需填写兼任村干部的时间段XX年XX月-XX年XX月） | 累计工作年限（需减去兼任村干部的时间段，XX年XX月） |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |

根据《华蓥市乡村医生养老保障实施方案》等相关文件精神，现对XX村/镇纳入养老保障的离岗老年乡村医生信息进行公示，公示期限为7个工作日，自公示之日起，公示期内对公示对象如有异议，请以书面、电话等形式进行反映。

公示时间：XX年XX月XX日-XX年XX月XX日

联系人：XXX 座机联系方式：XXXX-XXXXXXX 手机联系方式：XX