|  |
| --- |
| 附件2离岗老年乡村医生养老保障申请表 |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 联系电话 |  | 学历 |  | 户籍类型 |  |
| 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、原生产大队合作医疗站） | 工作年限： 年 月 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 累计从业年限 （年） | 最后退出村卫生室时间 |  |
| 退出后从事何种职业  |  | 是否享受其他补助、补助情况简介 |  |
| 有效从业证件 | 执业医师执业证书（编号） |  |
| 执业助理医师执业书（编号） |  |
| 乡村医生执业证书（编号） |  |
| 其他（请说明具体证件名字及编号） |  | 发证日期 |  |
| 发证机关 |  |
| 养老保险 | 是否参加养老保险 |  | 参加年限 |  |
| 参加方式 |  | 其他方式 |  |
| 养老保险 | 城乡居民  | 城镇职工 | 企业职工 | 灵活就业 |
| 社保号码 |  |
| 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。  申请人签字： 年 月 日 |
|
|
|
|
| 村委会意见 | 经办人签名： 负责人签名：    （公章） 年 月 日 |
| 乡镇（中心）卫生院/街道社区卫生服务中心）意见 | 经办人签名： 负责人签名：    （公章） 年 月 日 |
| 乡镇人民政府、街道办事处意见 | 经办人签名： 负责人签名：    （公章） 年 月 日 |
| 医共体总医院意见 | 经办人签名： 负责人签名：    （公章） 年 月 日 |
| 市卫生健康局意见 | 经办人签名： 负责人签名：    （公章） 年 月 日 |
| 市财政局意见 | 经办人签名： 负责人签名：    （公章） 年 月 日 |