|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |