附件2:

**禄丰县离岗退出乡村医生身份和从业时间认定表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基本情况 | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 民 族 |  | | 出生日期 | |  |
| 执业村卫生所名称 |  | | | | | | 从业时限 | | | 年 月至 年 月 | |
| 身份证号 |  | | | | 现住址 | |  | | | | |
| 联系电话 |  | | 家属姓名 | | |  | | | 家属电话 | |  |
| 本人自 年 月至 年 月在 乡（镇） 村卫生所从事医疗卫生工作，本人所提交的乡医身份及从业时间认定所有材料，均真实可靠，无虚假行为。如有弄虚作假行为，本人同意取消享受离岗退出乡村医生养老生活补贴资格，并承担相应责任。  申请人签名（按指纹）：    年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 证人证词 | | | | | | | | | | | |
| 自何年何月 | 至何年何月 | 在何地何单位从事乡医 | | | | 证明人（签名并按指纹） | | 证明人单位 | | | 证明人联系电话 |
|  |  |  | | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | |  | | |  |
|  |  |  | | | |  | |  | | |  |
| 证明人 ，系我单位在职（离、退休）正式工作人员，于 年 月至 年 月与被证明人同在 （卫生系统 乡镇）工作，我单位联系电话：  证明人单位（公章）：    年 月 日 | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 证明人 ，系我单位在职（离、退休）正式工作人员，于 年 月至 年 月与被证明人同在 （卫生系统 乡镇）工作，我单位联系电话：  证明人单位（公章）：    年 月 日 |
| 证明人 ，系我单位在职（离、退休）正式工作人员，于 年 月至 年 月与被证明人同在 （卫生系统 乡镇）工作，我单位联系电话：  证明人单位（公章）：    年 月 日 |
| 村卫生所： （盖章） |
| 村委会： （盖章） |
| 卫生院： （盖章） |

备注：1、凡申请人员均应对本人提供的各种证明材料的真实性做出承诺，否则不予认定。

2、有2004年前老证的，请在执业证号内如实填写证号，或发证时间，无证者填“无”。

3、必须由申请人及相关人员亲自签名，不得代表。

4、所有证明人必须提供身份证复印件。