|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2019年乡村医生执业再注册人员情况汇总表 |
|  市卫生健康局（盖章）： |  |  |  |  |  | 　 |  |
| 县（市、区） | 乡镇名称 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 换发的乡村医生执业证书号码 | 执业地点 | 乡村医生联系方式 |
| 执业的村卫生站名称① | 执业的其他村级医疗机构名称② |
|  |  |  |  | 1900-01-01 |  |  | XX县X镇XX村卫生站 |  |  |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 备注：1.执业地点①指纳入镇村卫生服务一体化管理，领取财政补贴并承担基本医疗和基本公共卫生服务的村卫生站。 |
|  2.执业地点②指1行政村1村卫生站以外，不领取财政补贴，不承担基本医疗和基本公共卫生服务，视为个体诊所管理的其他村级医疗机构。 |
|  3.执业地点①和②只能填一项，不能两项都填。 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 县小计 |  | 市合计 |  |  |  |  |  |  |  |
| 填报人： |  | 联系电话： |  |  | 审核人: |  | 填报时间： |  |  |