附件4

护理服务机构工作人员花名册

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称（盖章）： | | | | | | | | | 填报时间： | | | | | | |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 身份证号 | 联系电话 | 文化程度 | 人员类别（A机构管理员，B护理员，C医务人员，D系统管理员） | 在本机构就职时间（年/月） | 长期护理保险业务培训情况 | 职务部门 | 专业技术人员基本信息 | | | | 备注 |
| 第一注册地是否为本机构 | 资格证书名称及编号 | 执业类别 | 职称 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (不够填写，可另行附页) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备注：1.需包含A,B,C,D四类人员；2.机构内人员如有调整，需及时更新反馈。 | | | | | | | | | | | | | | | |