附件3-5

_____县(市、区)村医身份和工作年限认定工作公示表

公示时间： 2026年1月7日——2026年1月20日

_____县（市、区）退出村医生活补助专项工作领导小组负责人签字：（公章） 监督举报电话：6629305

序号	姓名	出生年月日	户口所在地	工作的村卫生室及工作经历（经历多个村卫生室或时间有间断的，按时间顺序填写）	取得从医资质情况（不同年代取定的不同资质，以逗号隔开）	在村卫生室工作期间		进入村医岗位年月	退离村医岗岗位年月	累计工作年限（年）	备注
						没有刑事犯罪	未被吊销执业证书或违反国家政策规定被辞退、开除				
	杨素枝	1963.6.8	三和镇西瓦村	1990年至2023年在西瓦村卫生室工作	乡村医生	是	是	1990.5	2023.6	32	