附表4

**2017年12月31日满70岁以上医师登记表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 出生日期 | 专业 | 职称 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

填表单位（公章）： 填表人：

联系电话： 填表日期：

1、此表由医疗、预防、保健机构填写，一式两份，一份于3月20日前交医学会考核机构，一份单位留存。2、上报此表时同时上报医师本人身份证复印件。