附件3：

**长护服务机构工作人员花名册**

填报单位（盖章）： 填报时间：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 执业资格 | 专业技术职称 | 执业证书号 | 人员类型 | 是否在本单位参保 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.第四栏“执业资格”填写执业医师、执业护士、长期照护师、养老护理员或医疗护理员；

2.第五栏“专业技术职称”填写初级、中级或高级；

3.第七栏“人员类型”填写长护专职管理人员（专/兼职）、护理服务人员、信息系统维护人员或财务人员；

4.第八栏“是否在本单位参保”填写是或否，如该员工确实在护理机构参保，请填“是”；多点执业人员在其他单位参保的请填“否”，退休人员请填“否”，其他情况请填“否”