附件1

符合条件的医务人员基本信息（花名册）

填表单位（盖章）： 主要负责人签字：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| o | 姓名 | 单位 | 身份证号 | 联系电话 | 抗疫工作内容 |
|  |  |  |  |  | （说明参与救治确诊病例的时间、地点及工作内容） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |