附件4

 年度巫山县 乡镇（街道）节育手术并发症申请鉴定花名册

上报时间： 年 月 日 卫生健康办（科）经办人姓名： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 乡镇（街道） | 患者姓名 | 性别 | 身份证号码 | 职务 | 手术类型 | 申报疾病名 | 联系电话 | 工作单位或详细住址 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |