附件3

 年度巫山县 乡镇（街道）病残儿申请鉴定花名册

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 | 父亲姓名 | 身份证号 | 工作单位 | 母亲姓名 | 身份证号 | 工作单位 | 子女姓名 | 性别 | 出生年月 | 申报疾病 | 联系电话 | 家庭地址 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |