附件4

在岗乡村医生 月份工资统一发放表

填报单位（盖章）： 单位负责人（签字）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 村卫生室名称 | 姓名 | 基药补助 | 乡村医生补助 | 公共卫生补助 | 家庭医生签约补助 | 医疗收入补助 | 合计 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备注：（1）乡村医生工资按月发放，发放标准不能低于楚雄州劳动用工最低工资标准，各块资金拨付比例由各卫生院根据工作完成数量和各块资金总体情况统筹。（2）每个乡村医生原则上按照每月不低于3000元进行预算，并根据工作量完成情况和绩效考核结果发放。 |

审核人： 会计： 出纳：