


附件1

乡村医生学历提升补助资金申报汇总表

单位名称：连江县卫生健康局

填报时间：2024年12月27日

序号	姓名	性别	出生年月	身份证号码	工作单位	原毕业院校与专业	现学历	现毕业院校与专业	入学时间	毕业时间	此次申领补助金额
1	吴则桢	男	1996年6月	350122199606012810	连江县江南镇己古村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2021.01.15	2024.01.15	6480元
2	施整华	男	1987年2月	350122198702233539	连江县东湖镇湖坪村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职本科	莆田学院 临床医学	2021.03	2024.01	6480元
3	蔡美林	女	1979年9月	350122197909215421	连江县官坂镇东沃村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2021.01.05	2024.01.15	6480元
4	颜晨辉	男	1991年12月	350122199112055511	连江县马鼻镇垵里村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2021.01.05	2024.01.15	6480元
5	欧涓舒	女	1990年4月	350122199004106529	连江县苔藁镇北茭村街中卫生室	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2021.01.05	2024.01.15	6480元
6	王翠兰	女	1985年6月	350122198506163246	连江县浦口镇官岭村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2021.01.05	2024.01.15	6480元
7	郑德勇	男	1981年2月	350122198102254133	连江县敖江镇浦下村卫生所	福清卫生职工中专、西医士	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2022.01.05	2025.01	6480元
8	林香金	女	1986年9月	350122198609181121	连江县丹阳镇溪尾村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2022.01.05	2025.01	6480元

9	吴超群	男	1993年9月	350122199309026212	连江县安凯乡奇达村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、临床医学	2022.01.05	2025.01	6480元
10	赵从刚	男	1975年10月	350122197510092116	连江县凤城镇鲤鱼山社区卫生站	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	莆田学院 临床医学	2022.03.01	2025.01	6480元
11	林端亮	男	1980年9月	350122198009245371	连江县官坂镇石丘村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在本科	福建医科大学、 临床医学	2022.03.01	2025.01	6480元
12	郑秀敏	女	1998年1月	350122199801263826	连江县潘渡镇城西村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、 临床医学	2023.01.05	2026.01	6480元
13	陈府	男	1990年4月	3501221990041355215	连江县官坂镇白鹤村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、 临床医学	2023.01.05	2026.01	6480元
14	孙清秀	女	1981年9月	430402198109061546	连江县敖江镇山亭村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、 临床医学	2023.01.05	2026.01	6480元
15	林静一	女	1992年8月	350122199208136527	连江县安凯乡安梅村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、 临床医学	2023.01.05	2026.01	6480元
16	何兴旺	男	1992年8月	350122199208206572	连江县安凯乡郭婆村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在职大专	福建卫生职业技术学院、 临床医学	2023.01.05	2026.01	6480元
17	陈美华	女	1981年6月	350125198106062445	连江县官坂镇塘口村卫生所	福建省福清卫生学校、农村医学	在本科	莆田学院 临床医学	2023.03.01	2026.01	6480元
<p>县卫健局审核意见：  2024年12月5日 (盖章)</p>											
<p>设区市卫健委审核意见： (盖章) 年 月 日</p>											

填表人：赵敏

联系电话：62999265