附件3

重庆市2021年度“最美基层医务工作者”奖励金信息统计表

区县： 填表人： 联系号码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 区县 | 工作单位 | 姓名 | 手机号 | 个人开户行（至支行） | 账号 | 身份证号码 | 金额（元） | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.此表涉及个人基本信息，上报相关信息时不得以微信、QQ等方式发送，以防泄密。2.各区县务必核实核准个人姓名、手机号、账号、身份证号码等。