附件5

老年人能力评估机构评估人员名册（模板）

申请单位（盖章）： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | | | | | |
| 机构类型 | □企业 □事业单位 □社会组织  □医疗机构 □养老服务机构 | | | | | |
| 序号 | 评估人员基本信息 | | | | | |
| 1 | 姓名 | 身份证号 | 医护专业毕业证书或职业（执业）  资格证书编号 | 老年人能力评估资格证书编号 | 从业  年限 | 联系电话 |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |

本单位承诺：（请在空白处书写“所填内容及提交材料真实有效”）