附件2

年安徽省乡村医生定向委托培养服务志愿表

**填表时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 出生日期 | | |  | | |
| 性 别 |  | | 民 族 |  | | | 户籍 |  | |
| 证件类型 |  | | 证件编号 |  | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | 是否建档立卡贫困家庭 | | * 是 □ 否 |
| 手机号码 |  | | | 电子邮件 | | |  | | |
| 毕业学校 |  | | | | 高考考生号 | |  | | |
| 父 亲 |  | | | | | 手机号码 |  | | |
| 母 亲 |  | | | | | 手机号码 |  | | |
| 院校志愿 |  | | | | | | | | |
| 专业志愿 | * 临床专业 □ 中医学 | | | | | | | | |
| 定向服务意向 | | 县（市、区） 乡镇 村卫生室 | | | | | | | |
| 个人定向服务声明：  本人愿意参加乡村医生定向委托培养项目，毕业后定向到县（市、区）乡镇村卫生室（社区卫生服务中心）服务，服务时间不少于6年。  个人签名： 监护人签名： | | | | | | | | | |
| 村委会意见： | | | | | | 乡镇卫生院意见： | | | |
| （印章）  经办人：  年 月 日 | | | | | | （印章）  经办人：  年 月 日 | | | |
| 县（市、区）卫生健康委意见：  （印章）  经办人：  年 月 日 | | | | | | | | | |