附件

**2023年安徽省乡村医生定向委托培养服务意向书**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生日期 |  |
| 性 别 |  | 民 族 |  | 户籍 |  |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  |
| 家庭住址 |  |
| 手机号码 |  | 是否脱贫家庭子女 | * 是 □ 否
 |
| 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 | * 临床医学 □ 中医学
 |
| 定向服务意向 | 市 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（签字）： 年 月 日 |

**填表时间： 年 月 日**

**填写说明：**

**家庭住址：**请填写户口详细地址；

**是否脱贫家庭子女：**如是，请勾选“是”；

**高考考生号：**请咨询学校老师填写；

**院校志愿：**临床医学专业请填写滁州城市职业学院，中医学专业请填写皖西卫生职业学院；

**定向服务意愿：**请根据户口所在县、乡镇、行政村填写，若当地行政村无村卫生室，请填较近的村卫生室；

**审核意见：**由户口所在村委会/社区和乡镇（街道）卫生院签字盖章后，考生再将此表拿至县卫健委科技宣教股进行报名。