

附件 2

2025 年安徽省乡村医生定向委托培养服务志愿表

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	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 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	(院校全称)				
专业志愿	<input type="checkbox"/> 临床医学 <input type="checkbox"/> 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： (印章) 经办人： _____ 年 月 日			乡镇卫生院意见： (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					