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 | □ 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 | （院校全称） |
| 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：（ 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 |