附件2

海南省乡村医生定向委托培养服务意向书

**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 |  | 是否应届生 | * 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 |  |
| 拟填报院校 | 1. 2. 3. |
| 拟选择专业 | * 临床专业 □ 针灸推拿专业
 |
| 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 市县（区） 乡镇 村卫生室（社区卫生服务中心）服务，按照要求参加住培助理医师规范化培训2年，后续服务时间不少于6年。 个人签名： |
| 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 |
| 市县（区）卫生健康委意见： （印章）经办人： 年 月 日 |