附件2

**邵阳市乡村医生专科学历本土化培养报名**

**登记审批表**

县(市、区) 乡镇(街道) 村(社区)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期2寸免冠 照片 |
| 文化程度 |  | 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| 详细通讯地址 |  |
| 主要学习和工作经历 |  |
| 本人意见自愿并签名 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 村(居) 委会意见 (签章) | 同意该学员毕业后，到村(社区)卫生室从事乡村医生工作。 |
| 乡镇卫生院 (社区卫生 服务中心)意见(签章) |  |
| 区县市卫生健康局意见 (签章) |  |
| 市卫生健康 委意见(签章) |  |

注：本表由自愿参加乡村医生本土化人才培训人员本人填写， 一式四份，学生本人、 培养学校、县市区卫生健康局、市卫生健康委各留存一份。

附件3

**邵阳市乡村医生专科学历本土化培养报名汇总表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 学历 | 所在县、乡、村 | 联系电话 | 县市区责任人及联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填报单位(公章): 填报人： 填报日期：

注： 本汇总表由县市区卫生健康局统一报送市卫生健康委基层卫生