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

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，到本村(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。