

安徽省第 23、24 期青年卫生志愿者申请表

姓名		性别		出生年月	
籍贯		科室		政治面貌	
入院时间		移动电话			
		办公电话			
现任职称 及时间		拟晋升职 称及时间			
QQ 号		医师执业证编号			
拟申请参加 <input type="checkbox"/> 第 23 期 <input type="checkbox"/> 第 24 期 <input type="checkbox"/> 两期均可 (单选) “安徽省青年卫生志愿者扶贫接力计划” 活动					
个人简历 (自大学本科阶段起分段填写)					
申请人承诺: 本人自愿申请参加由团省委、省卫计委组织的“安徽省青年卫生志愿者扶贫接力计划”(简称“青年卫生志愿者”),愿意于 2017 年——2018 年间赴太湖县江塘乡卫生院开展为期 6 个月的连续驻点对口卫生帮扶工作。本人知晓团省委、省卫计委及医院严格、考核管理青年卫生志愿者的要求,					

请将本表正反打印于同一张 A4 纸上,并由申请人用黑色钢笔、墨水笔亲笔填写。

能够遵照皖青联[2017]44号文件要求工作；知晓对口帮扶江塘乡卫生院对于一附院完成省委、省政府交办的脱贫攻坚任务的重要政治意义，能够在受援医院坚持连续驻点服务，每月至少赴江塘乡卫生院开展工作2次以上；愿意随时参加团省委、省卫计委以及医院组织的“青年卫生志愿者”义诊咨询等各类志愿活动；接受派出机构的督查；能够积极为驻地医院提供协助转诊、远程咨询、巡诊等业务支持。

申请人（签名）：

申请日期：201 年 月 日

科室意见：

经科室研究，同意_____同志报名参加由团省委、省卫计委组织的“安徽省青年卫生志愿者扶贫接力计划”活动。科室知晓其在太湖县江塘乡卫生院的驻点工作时间，知晓其每月至少需要驻点帮扶2次以上，将给予工作时间安排等全方位支持；在遇有团省委、省卫计委以及各级党、团组织的“青年卫生志愿者”义诊咨询等志愿活动时，在工作时间、人员安排等方面积极予以协助、支持；在受援医院需要提供协助转诊、远程咨询等工作时，积极给予支持与协助。

科室主要负责人（签名）：

科室公章（盖章）

签字时间：201 年 月 日

注意：1.“青年卫生志愿者”项目的服务时间，文件规定可计为下乡服务时间；
2.填表前请务必认真阅读“申请人承诺”与“科室意见”的内容，确保可遵守执行；
3.填表时请务必注意信息准确，不得涂改、潦草，任何信息错漏，均会影响选拔结果。

请将本表正反打印于同一张A4纸上，并由申请人用黑色钢笔、墨水笔亲笔填写。