

安徽省第 19、20 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		现任职称			
聘任现职 称时间		拟晋升职称 及时间			
办公电话		移动电话			
QQ 号		执业证编号			
<p>个人简历（自大学本科阶段起分段填写）</p>					
<p>申请人承诺：</p> <p>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 2015 年——2016 年间起赴岳西县第二人民医院（店前镇卫生院）开展为期半年的连续驻点对口支援服务。本人知晓团省委、省卫生计生委严格管理青年卫生志愿者的有关要求，能够适应贫困地区艰苦医疗环境，服从双方医院的管理，能够在受援医院进行连续驻</p>					

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。

点卫生服务；确定工作岗位计划和帮扶内容，努力达到预期效果；愿意随时参加团省委、省卫计委以及医院团委组织的“青年卫生志愿者”有关义诊、咨询、教学等活动；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。科室将根据“青年卫生志愿者”驻点工作时间，及时调整该同志的工作安排；在遇有团省委、省卫计委以及上级党、团组织的“青年卫生志愿者”义诊、咨询、教学等活动时，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

院团委审核意见：