

安徽医科大学第一附属医院报名参加 安徽省第 25、26 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	0551-		
现任职称 及时间			拟晋升职 称及时间		
QQ 号		医师执业证编号	<u>11034</u>		
拟参加期数 <input type="checkbox"/> 第 25 期 <input type="checkbox"/> 第 26 期 <input type="checkbox"/> 两期均可 (单选)					
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 2018 年—2019 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，能够遵照皖青联[2018]41 号文件要求工作；知晓对口帮扶江塘乡卫生院对					

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。

于一附院完成党中央及安徽省委省政府赋予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。科室知晓定点帮扶脱贫攻坚的政治意义，知晓其在太湖县江塘乡卫生院的驻点工作时间及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；
4.报名咨询、提交纸质申请联系人：院本部—黄尧 62923593，13905609110；高新院区—梁佳宁 65908571，13966651256。

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。