

安医大四附院参加安徽省第 29、30 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	
联系方式				工作时间	
现任职称			拟晋升职		
聘任时间			称及时间		
QQ 号		医师执业证编号		11034	
拟参加期数（单选） ☐ 第 29 期（2020.9.1—2021.2.28） ☐ 两期均可 ☐ 第 30 期（2021.3.1—2021.8.31）					
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、省卫健委组织的“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 2020 年—2021 年间赴肥东县城关镇中心卫生院开展为期6个月的连续驻点对口卫生帮扶工作。本人知晓团省委、省卫健委及医院考核管理青年卫生志愿者的要求，能够遵照《关于做好第27、28期青年卫生志愿者考核鉴定和第29、30期青					

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。

年卫生志愿者招募选派工作的通知》要求工作；知晓对口帮扶对于我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；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；随时接受派出机构的督查；能够积极为驻地各医院提供协助转诊、远程咨询、巡诊等业务支持。

申请人（签名）：

申请日期：202 年 月 日

科室意见：

经科室研究，同意_____同志报名参加由团省委、省卫健委组织的“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，知晓其在肥东县城关镇中心卫生院的驻点工作时间，同意给予工作时间安排等全方位支持；在遇有团省委、省卫健委以及各级党、团组织的“青年卫生志愿者”义诊巡诊等志愿活动时，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：202 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：汪硕敏 13865927286、王天文18755187228。

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，交至院团委。