附件2

安徽省第27、28期青年卫生志愿者报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 民族 |   |  |
| 出生年月 |   | 政治面貌 |   |
| 文化程度 |   | 服务时间（期别） |   |
| 工作单位 |  | 专 业 |  |
| 职位职称 |   | 联系方式（手机） |   |
| 工作简历 |   |
| 支援单位意见 |  医院院长签字： （盖 章） 年 月 日 |
| 市卫生计生委意见 | （盖 章） 年 月 日 | 团市委意见 |  （盖 章） 年 月 日 |
| 省卫生计生委意见 | （盖 章） 年 月 日 | 团省委意见 | （盖 章） 年 月 日 |

(此表一式一份)