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)