附件4

2020年河北省高职扩招乡村医生定向培养推荐表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 一寸免冠照片 |
| 出生年月日 | |  | 全日制学 历 |  |
| 户籍地址 | |  | | |
| 身份证号 | |  | | |
| 毕业学校及专业 | |  | | 手机号 |  |
| 户籍所在地 | |  | | | |
| 申请人  签字 | （请手写：我志愿毕业后到定向县卫生健康行政部门指定的单位或乡镇卫生院以下卫生机构工作6年以上，如有违反，愿意纳入诚信档案接受处理。）  签字： | | | | |
| 村委会意见 | 村支部书记（签字）：  村支部（印章）： | | | | |
| 乡镇  卫生院  意见 | 乡镇卫生院院长（签字）：  乡镇卫生院（印章） | | | | |
| 县（市、区）卫生  健康局  意见 | 卫生健康局负责人（签字）：  县卫生健康局（印章） | | | | |

注：此表一式4份，一份存县（市、区）卫生健康局，一份存县（市、区）教育局，一份存县（市、区）招生考试机构，一份用于入学报名存入个人档案。