附件1

岳西县县级公立医院紧缺医学专业全日制本科生定向培养

申 请 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 出生日期 | |  | |
| 性 别 |  | 民 族 |  | | 户籍 |  |
| 证件类型 |  | 证件编号 |  | | | |
| 家庭住址 |  | | | | 是否脱贫户 口是 口否  是否城乡低保家庭 口是 口否 | |
| 手机号码 |  | | 电子邮件 | |  | |
| 毕业学校 |  | | 高考考生号 | |  | |
| 父 亲 |  | | | 手机号码 |  | |
| 母 亲 |  | | | 手机号码 |  | |
| 其他法定监护人 |  | | | 手机号码 |  | |
| 录取院校和  录取时间 |  | | | | 是否已签订其他情形培养协议  口是 口否 | |
| 录取专业 | 口临床医学 口口腔医学 口麻醉学 口医学影像学 口中医学 | | | | | |
| 定向服务单位 | 岳西县中医院（ ） | | | | | |
| 个人定向服务声明：  本人愿意参加医院紧缺医学专业本科生定向培养项目，毕业后定向到医院服务，服务时间不少于6年(含试用期，不含住院医师规范化培训时间)。  个人签名：  年 月 日 | | | | | | |