## 附件1

## 安徽省“一村一名大学生村医提升计划”推荐审核表

## （适用于中医师承定向培养-社会师承人员）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号 |  | | | | 照片 |
| 性别 |  | 户籍所在地 |  | | | |
| 目前本人学历 |  | 拟参加学历提升途径 | 中医师承定向培养 | | | 人员来源 | 社会师承人员 |
| 现家庭地址 | 县（市、区） 乡镇村（行政村） | | | | | | |
| 准备签约服务村卫生室名称 | |  | | | 联系电话 | |  |
| 是否签订承诺在村卫生室服务不少于6年协议 | | | | | 是/否（） | | |
| 报考院校 | | 安徽中医药高等专科学校 | | | 报考专业 | | 中医学 |
| 村委会审核意见：（公章）经办人：年 月 日 | | | | 乡镇（党委）审核意见：（公章）经办人：年 月 日 | | | |
| 县（市、区）卫生健康委审核意见（公章）：年 月 日 经办人： | | | | | | | |
| 1.此表正反面打印，须由考生本人如实填写，一式四份（考生本人、乡镇卫生院、县级健康行政部门各留一份）。2.考生在进行身份界定时，请将身份证复印件和其他审核依据证件粘贴在相关证件表指定位置处，以便后期核对。 | | | | | | | |

## 考生身份确认证件粘贴单

|  |  |
| --- | --- |
| 身份证复印件 |  |
| 第二个证件（学历证书或资格证书） |  |

附件2

2025年各市社会中医师承人员信息统计表

市卫生健康委（盖章）： 填表人： 填表日期：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 户籍所在地区 | 目前本人学历 | 现家庭地址县区 | 乡镇、村(行政村) | 准备签约服务村卫生室名称 | 联系电话 | 是否承诺签订在村卫生室服务不少于6年协议 | 审核情况 |
|  |  |  |  |  | XX县（市区） |  | XX乡镇XX卫生室 |  |  | 通过 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |