附件 2

安徽省第 35（36）期青年卫生志愿者报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  |  |
| 年龄 |  | 文化程度 |  | 政治面貌 |  |
| 籍贯 |  | 工作单位 |  |
| 服务期别 |  | 科室 |  |
| 职称 | （注意：填写职 称，而非职务） | 手机号 |  |
| 意向援助 县区 | （可填 2 个，需接受统一分配） |
| 工作简历 |  |
| 派出单位意见 | 医院院长签字： （派出医院盖章）年 月 日 |