附件1

2024年内蒙古自治区助理全科医生培训招收

计划分配表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 类别 | 基地名称 | 计划数 |
| 蒙医 | 包头市达茂旗蒙医医院 | 10 |
| 巴彦淖尔市蒙医医院 | 15 |
| 兴安盟科尔沁右翼中旗蒙医医院 | 15 |
| 西医 | 赤峰市宁城县医院 | 2 |
| 锡林郭勒盟多伦县人民医院 | 4 |
| 乌兰察布市察哈尔右翼前旗人民医院 | 5 |
| 鄂尔多斯市东胜区人民医院 | 4 |
| 合计 | 55 |

附件2

2024年内蒙古自治区乡村振兴重点帮扶

旗县、边境旗县助理全科医生培训报名申请表

（西医类别）

申报基地名称：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 出生年月 |  | 照片 白底小二寸 |
| 性 别 |  | 婚姻状况 |  |
| 民 族 |  | 健康状况 |  |
| 户口所在地 |  |
| 身份证号 |  |
| 盟 市 |  | 旗 县 |  |
| 工作单位 |  | 电 话 |  |
| 手机号 |  | 电子邮箱 |  |
| 通讯地址 |  | 邮 编 |  |
| 既往病史 |  |
| 毕业院校 |  |
| 最高学历 |  | 毕业证书号 |  |

|  |
| --- |
| 学习经历（高中毕业后起） |
| 时 间 | 所在学校 | 专 业 | 学 历 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 |
| 时 间 | 工作单位 | 证明人 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 申请人承诺： 本人符合助理全科医生培训人员（免试人员）的相关要求，申请参加内蒙古自治区助理全科医生培训，保证按规定完成培训。本人保证以上信息客观、真实并承担由此引起的相关责任。 申请人签字： 年 月 日 | 推荐单位意见：同意该同志参加助理全科医生培训，为期两年。主要负责人签字：盖 章 （无单位人员无需填写） 年 月 日 |
| 旗县卫生健康委推荐意见：负责人签字： 年 月 日 | 盟（市）卫生健康委科教科（蒙中医科）人员信息审核结果：负责人签字： 盖 章 年 月 日 | 培训基地：主要负责人签字：盖 章  年 月 日 |
| 选送单位联系人： 联系电话： |
| 录用单位联系人： 联系电话： |

（此表格一式四份，由第一批次乡村振兴重点帮扶、边境旗县推荐人员填写。正反面打印，由旗县卫生健康委、盟市卫生健康委、录取基地和本人留存）

填 写 说 明

1.乡村振兴重点帮扶旗县、边境旗县推荐人员填写《2024年内蒙古自治区乡村振兴重点帮扶旗县、边境旗县助理全科医生培训报名申请表》（附件2）。

2.《2024年内蒙古自治区乡村振兴重点帮扶旗县、边境旗县助理全科医生培训报名申请表》一式四份，按流程分别由推荐单位、旗县卫生健康委、盟市卫生健康委负责人签字盖章后，申报人员方可进行网上注册。待网上审核、基地录取完成后，加盖录取基地公章，分别由旗县卫生健康委、盟市卫生健康委、录取基地和本人留存。

3.申报基地名称：请参照《2024年内蒙古自治区助理全科医生培训招收计划，每名申报人员只能报考一个基地，请慎重选择。

4.户口所在地：按现在的行政区划填写。盟（市）的直接填写市名，如“呼伦贝尔市”、“兴安盟”等。

5.姓名等基本信息应与户籍登记信息一致。

6.手机号：填写能够迅速、直接联系到申报人员本人的手机号码。

7.简历的格式为“1995.07--1999.10××盟××市××医院 全科医生”

8.“本人承诺”栏由本人手写签名并注明日期。