附件1

大学生乡村医生专项计划2025届医学专业高校毕业生招聘计划表

填报单位（盖章）： 报送人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **地市** | **区县** | **乡镇卫生院** | **村卫生室** | **拟招聘人数** | **区县合计** | **地市合计** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **合计** |  |  |  |  |

填报说明:

1.乡镇卫生院名称、村卫生室名称:请按照《医疗机构执业许可证》填写。

2.区县合计、地市合计:请分别以“区县”、“地市”为单位合并单元格后填写汇总人数。

3.备注栏:填写其他需要特别说明的情况。

4.请不要改变表格格式、内容等，填写时统一使用“宋体、10号”字体。