

附件1

大学生乡村医生专项计划2024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。