附件2：

**本科农村订单定向医学生同意报考证明**

姓名：\*\*\*，身份证号：\*\*，系我单位2024届订单定向医学生，我单位已接收该同志人事档案，经局党组会研究决定该同志到\*\*乡镇卫生院工作。该乡镇卫生院核定编制\*\*人，现有在编人员\*\*人，缺编\*\*人。该同志已于\*\*年\*\*月\*\*日与我单位及乡镇卫生院签订了服务协议（附：协议复印件）。

经研究，我单位及\*\*\*乡镇卫生院均同意该同志参加住院医师规范化培训。该同志所在乡镇卫生院承诺：根据河北省卫健委等8部门《关于统筹做好农村订单定向医学生有关工作的通知》（冀卫发〔2020〕18号）及我市有关文件精神，保证该同志在参加住院医师规范化培训期间的基本生活费（ 元/月）和社会保障。

我单位负责监督该同志所在乡镇卫生院落实住培期间的基本生活费和社会保障承诺，并根据省政府办公厅《关于改革完善全科医生培养与使用激励机制的实施意见》（冀政办字〔2018〕107号）及我市有关文件精神，积极协调我县相关部门落实将该同志纳入该乡镇卫生院编制内管理的相关政策。

县（区）卫生健康局人事处、科（签字）：

乡镇卫生院： 县（区）卫生健康局:

（院长签字）（盖章） （局长签字）（盖章）

 年 月 日