附件2

**专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2022届专科农村订单定向医学生，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（或\*\*村卫生室）工作。该同志已于\*\*年\*\*月\*\*日与我单位及乡镇卫生院签订了劳动合同。

经研究，我单位及\*\*\*乡镇卫生院均同意该同志参加助理全科医生培训培训。我单位承诺在该同志助理全科医生培训2年期间为其每月发放 元工资，并为其缴纳社会保险。

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