

附件 1

青岛西海岸新区 在岗乡村医生参加社会保障工作 知情同意书

本人已认真阅读《青岛西海岸新区关于做好乡村医生社会保障工作的实施方案》（青西新卫健字〔2021〕67号）文件，并已了解相关政策和要求。在知情的基础上，本人自愿与用工单位确定的人事代理公司签订企业用工劳动合同，参加在岗乡村医生社会保障工作。自觉遵守《劳动合同法》的规定，履行相关义务。服从镇街卫生院、社区卫生服务中心的统一管理。如有违反，本人愿意承担相应责任。

本人签字：_____（签名并按手印）

身份证号码：_____

年 月 日

附件 2

青岛西海岸新区在岗乡村医生 参加社会保障工作申请表

姓 名		性 别		近期 二寸 免冠 照片
出生年月		民 族		
身份证号		联系电话		
乡村医生或执业（助理） 医师证书编码				
执业注册村（社区）卫生室名称				
本人 申请	<p style="text-align: center;">我自愿申请参加青岛西海岸新区在岗乡村医生社会保障工作。</p> <p style="text-align: center;">申请人： （签名按手印） 年 月 日</p>			
村（社区）卫生室 意见	负责人（签字）		单位公章： 年 月 日	
卫生院、社区卫生 服务中心审核意见	负责人（签字）		单位公章： 年 月 日	
区卫生健康局 审核意见			单位公章： 年 月 日	

备注：此表应附身份证、乡村医生或执业（助理）医师证书、村卫生室医疗机构执业证书复印件

附件 3

青岛西海岸新区 在岗乡村医生参加社会保障工作 公开承诺书

本人已认真阅读《青岛西海岸新区关于做好乡村医生社会保障工作的实施方案》（青西新卫健字〔2021〕67号）文件，并已了解相关政策和要求。在知情的基础上，本人自愿与用工单位确定的人事代理公司签订企业用工劳动合同，参加在岗乡村医生社会保障工作。参加在岗乡村医生社会保障工作后，按规定及时缴纳个人负担部分。自觉遵守《劳动合同法》的规定，履行相关义务。服从镇街卫生院、社区卫生服务中心的统一管理。如有违反，本人愿意承担相应责任。

本人承诺，不再有其他主张要求。

本人签字：_____（签名并按手印）

身份证号码：_____

年 月 日

附件 4

青岛西海岸新区 放弃签订企业用工劳动合同声明书

本人已认真阅读《青岛西海岸新区关于做好乡村医生社会保障工作的实施方案》（青西新卫健字〔2021〕67号）文件，并已了解相关政策和要求。在知情的基础上，本人自愿放弃签订企业用工劳动合同。本人自愿放弃签订企业用工劳动合同后，愿意按照政策享受相关乡村医生待遇。

本人声明，不再有其他主张要求。

本人签字：_____（签名并按手印）

身份证号码：_____

年 月 日

