附件1

广东省千名高校毕业生下基层从医上岗退费申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | 民族 |  | | 出生年月 | | |  | （相片） |
| 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | | 生源地 | |  | | | 健康状况 |  |
| 工作单位  名称 | |  | | | | 工作单位地址及邮政编码 | | | |  | | |
| 工作岗位  类别 | |  | | | | 毕业学校及毕业时间 | | | |  | | | |
| 所学专业 | |  | | | | 学历、学位 | | | |  | | | |
| 身份证号码 | |  | | | | | | | | 联系电话 | |  | |
| 个人  简历 | |  | | | | | | | | | | | |
| 申请人  意见 | | 本人已认真阅读《广东省卫生健康委关于广东省千名高校毕业生下基层从医上岗退费实施方案》和《广东省千名高校毕业生下基层从医上岗退费协议书》。认为本人符合上岗退费政策规定的条件，承诺履行协议书中规定的义务。  现申请享受上岗退费政策，请批准。  申请人：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 申请人  所在乡镇卫生院  审核意见 | | 乡镇卫生院负责人签名： (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 县（市 、区）卫生健康局  审核意见 | | (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：1.工作岗位类别是指医、药、护、技哪一类岗位；2.个人简历从高中毕业后开始填写。

附件2

广东省千名高校毕业生下基层从医上岗退费协议书

甲方：　　　　　　　　　（县级卫生健康局）

乙方：　　　　　　　　　（享受上岗退费政策高校毕业生）

　　广东省实施千名高校毕业生下基层从医上岗退费政策，旨在引导和鼓励高校毕业生到基层医疗卫生机构从事医疗卫生工作，提高基层卫生服务能力水平。根据《广东省卫生健康委关于广东省千名高校毕业生下基层从医上岗退费实施方案》精神以及相关法律法规政策规定，甲、乙双方达成以下协议，共同遵守：

　　一、乙方必须为已经甲方正式聘用的在编在职医务人员，符合高校毕业生到基层医疗卫生机构从医上岗退费政策。

二、乙方自愿到甲方安排的乡镇卫生院从事医疗卫生工作。服务期不少于五年，从 年 月至 年 月止。服务期满后，鼓励乙方继续在基层医疗卫生机构工作。

三、甲方对乙方完成资格审核并合格后，由甲方按标准逐年退还乙方学费，标准为本科学历（学士学位）每人每学年8000元，聘用后分4年逐年退补学杂费，所需经费由省财政统一安排。

四、乙方在服务期内经甲方同意，可在甲方所在县域内的乡镇卫生院间流动，可参加在职进修或培训，但不得从事行政管理工作，不得报考脱产研究生。

五、乙方在服务期内因身体原因不宜从事医疗卫生职业的，经甲方认可确认，由甲方逐级上报省卫生健康委审批同意后可终止本协议。

六、乙方在服务期内经甲方考核不合格、乙方不按协议规定履行相应义务、触犯刑律或有其他严重违法行为的，甲方有权解除本协议，停止退费，乙方应一次性向甲方退还已退费数额，并根据以下的不同情形缴纳已退费数额一定比例的违约金。

1.乙方不履行协议规定的义务，违反协议规定要求的，违约金按已退费数额的10%缴纳；

2.乙方因触犯刑律或有其他严重违法行为，不适合继续在乡镇卫生院从事医疗卫生工作的，违约金按已退费数额的20%缴纳。

七、若甲方未按本协议规定按时足额拨付退费补助资金的，乙方有权向甲方的上级主管部门提出申诉，要求甲方的上级主管部门责成甲方执行本协议。

八、本协议经双方签字，并加盖公章后生效，有效期从协议签订之日起至乙方服务期满为止。本协议一式四份，甲方、乙方、甲方所在地级市卫生健康局和省卫生健康委各持一份。

九、本协议未尽事宜，由甲乙双方共同协商解决，协商不成的，可报请所在地级市卫生健康局或省卫生健康委调解。

甲方（公章） 　　 　 乙方：

负责人签名： 　　 　 　签名：

年 月 日 　　 　 年 月 日

附件3

广东省符合千名高校毕业生下基层从医上岗退费政策人员基本情况审核表

( 学年)

填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 毕业学校、所学专业及毕业时间 | 学历  (学位) | 生源地 | 工作单位名称及地址 | 工作岗位类别 | 工资统发银行及帐户 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 县（市 、区）卫生健康局审核意见 | | | | | | 市卫生健康局意见 | | | | |
| 经审核， 年共有 人符合高校毕业生到基层从医上岗退费政策，其中医类人员　 　名、药类人员 名、护类人员 名、技类人员 名。  县（市、区） (盖章)  年 月 日 | | | | | | 市卫生健康局 (盖章)  年 月 日 | | | | |

注：工作岗位类别是指医、药、护、技哪一类岗位。

附件4

广东省符合千名高校毕业生下基层从医上岗退费政策人员变动情况审核表

( 学年)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高校毕业生基本情况 | | | | | | | | 考核情况 | 变动情况和原因 | 对应当年录用人员基本情况审核表的序号 | 退费标准（元） | 工资统发银行及帐户 |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 出生年月 | 身份证号码 | 毕业学校、所学专业及毕业时间 | 学历(学位) | 生源地 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 县（市 、区）卫生健康局审核意见 | | | | | | | 市卫生健康局意见 | | | | | |
| 经审核， 年签约到基层乡镇卫生院工作的高校毕业生中有　　　人不再享受高校毕业生到基层从医上岗退费政策，其中：有 人因身体原因本人提出中止协议，有　　人年度考核不合格，有　　人不履行协议规定义务或违反协议规定要求，有 人触犯刑律或有其他严重违法行为，有　　人 ，有　 人可按规定退费。    县（市 、区）卫生健康局 (盖章)  年 月 日 | | | | | | | 市卫生健康局 (盖章)  年 月 日 | | | | | |

注：“变动情况和原因”栏根据(1) 因身体原因本人提出中止协议，（2）年度考核不合格，(3)不履行协议规定的义务或违反协议规定要求，(4)触犯刑律或有其他严重违反行为，（5）其他，分5种情况分别填报相应序号，如为第5种情况，请注明具体情况和原因。