|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 乐山市市中区医疗卫生共同体成员单位招聘岗位及资格条件 |
| 招聘单位名称 | 招聘岗位 | 招聘人数 | 招聘范围 | 所需资格条件 |
| 岗位类别 | 岗位名称 | 年龄 | 学历 （学位） | 专业 | 其他要求 |
| 乐山市市中区通江街道社区卫生服务中心 | 专业技术岗位 | 全科医师 | 1 | 全国 | 40周岁及以下 | 全日制大学专科及以上学历 | 临床医学 | 取得全国执业医师资格且注册取得执业证书；注册类别：临床；执业范围：全科。 |
| 乐山市市中区海棠街道社区卫生服务中心 | 专业技术岗位 | 临床医师 | 1 | 全国 | 35周岁及以下 | 大学专科及以上学历 | 临床医学 | 取得全国执业医师资格且注册取得执业证书；注册类别：临床；执业范围：全科、内科；（中级及以上职称年龄可适当放宽）。 |
| 专业技术岗位 | 护士 | 1 | 全国 | 35周岁及以下 | 大学专科及以上学历 | 护理学 | 取得全国护士资格且注册取得护士执业证书；在基层（县级及以下）从事护理工作经历者优先。 |
|
| 棉竹镇卫生院 | 专业技术岗位 | 护士 | 1 | 全国 | 35周岁及以下 | 大学专科及以上学历 | 护理学 | 取得全国护士资格且注册取得护士执业证书 |

附件2

**乐山市市中区通江街道社区卫生服务中心**

**自主招聘工作人员信息表**

**报名序号： 报名时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |  |
| **出生地** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **最高学历** |  | **专业** |  | **毕业时间** |  |
| **毕业院校** |  | **学位** |  |
| **学习形式** |  | **应（往）届** |  | **婚姻状况** |  |
| **身高** |  | **体重** |  | **健康状况** |  |
| **身份证****号码** |  | **户口所在地（应届毕业生填入学前地）** |  |
| **应聘岗位** |  | **联系电话** |  |
| **工作经历** |  |
| **获得过何种专业证书，有何专长** |  |
| **家庭主要成员及工作单位和职务、联系方式** |  |
| **所受奖惩情况** |  |
| **本人承诺：以上所填报名信息属实。****医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，报名或聘用资格一律无效，且责任自负。****承诺人签名： 年 月 日** |

**注：“学习形式”填写全日制/非全日制**

附件3

**乐山市市中区海棠街道社区卫生服务中心**

**自主招聘工作人员信息表**

**报名序号： 报名时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |  |
| **出生地** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **最高学历** |  | **专业** |  | **毕业时间** |  |
| **毕业院校** |  | **学位** |  |
| **学习形式** |  | **应（往）届** |  | **婚姻状况** |  |
| **身高** |  | **体重** |  | **健康状况** |  |
| **身份证****号码** |  | **户口所在地（应届毕业生填入学前地）** |  |
| **应聘岗位** |  | **联系电话** |  |
| **工作经历** |  |
| **获得过何种专业证书，有何专长** |  |
| **家庭主要成员及工作单位和职务、联系方式** |  |
| **所受奖惩情况** |  |
| **本人承诺：以上所填报名信息属实。****医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，报名或聘用资格一律无效，且责任自负。****承诺人签名： 年 月 日** |

**注：“学习形式”填写全日制/非全日制**

附件4

**乐山市市中区棉竹镇卫生院**

**自主招聘工作人员信息表**

**报名序号： 报名时间： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  |  |
| **出生地** |  | **民族** |  | **政治面貌** |  |
| **最高学历** |  | **专业** |  | **毕业时间** |  |
| **毕业院校** |  | **学位** |  |
| **学习形式** |  | **应（往）届** |  | **婚姻状况** |  |
| **身高** |  | **体重** |  | **健康状况** |  |
| **身份证****号码** |  | **户口所在地（应届毕业生填入学前地）** |  |
| **应聘岗位** |  | **联系电话** |  |
| **工作经历** |  |
| **获得过何种专业证书，有何专长** |  |
| **家庭主要成员及工作单位和职务、联系方式** |  |
| **所受奖惩情况** |  |
| **本人承诺：以上所填报名信息属实。****医院如在招聘和聘用任何环节发现与报名条件不符，报名或聘用资格一律无效，且责任自负。****承诺人签名： 年 月 日** |

**注：“学习形式”填写全日制/非全日制**