附件1

2025年岳西县县乡医疗机构公开招募老专家岗位表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招募单位 | 岗位代码 | 岗位人数 | 招募岗位专业要求 | 职称要求 | 备注 | 联系人  联系电话 |
| 1 | 岳西县医院 | WS101 | 3 | 临床、中医类别医师 | 主治医师及以上职称, 全科医学专业或确有业务专长的放宽至医师职称 | 须提供2023年执业开具的处方、门诊（住院）等医疗文书不少于30人次 | 王业强  15955688528 |
| 2 | 岳西县中医院 | WS102 | 1 | 临床类别医师 | 主治医师及以上职称 | 须提供2023年执业开具的处方、门诊（住院）等医疗文书不少于30人次 | 韩秋玲18297799321 |
| 合计 | |  | 4 |  |  |  |  |

附件2

2025年岳西县县乡医疗机构公开招募老专家报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | | 照片 |
| 出生年月 |  | | 民族 |  | | |
| 籍贯 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 健康状况 |  | | 医学学历 |  | | |
| 医学学位 |  | | 所学专业 |  | | |
| 专业技术  资格职称 |  | | 身份证  号码 |  | | | |
| 退休前工作  单位及职务 |  | | | | | | |
| 户籍所在地 |  | | | | | | |
| 家庭通信  地址 |  | | | | | 邮政编码 |  |
| 手机号码 |  | | 电子邮箱 | |  | | |
| 家庭联  系人姓名 |  | | 家庭联系人电话号码 | |  | | |
| 医师资格相关信息 | | | | | | | |
| 医师资格证书编码 | |  | | | | | |
| 医师资格证书发证时间 | |  | | | | | |
| 医师资格证书资格类别 | |  | | | | | |
| 原医师执业证书原执业类别 | |  | | | | | |
| 原医师执业证书原执业范围 | |  | | | | | |
| 原医师执业证书主要执业机构 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工作经历 | | | | | | | |
| 起始年月 | | 终止年月 | | 工作单位 | | 职务 | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
|  | |  | |  | |  | |
| 教育经历 | | | | | | | |
| 起始年月 | 终止年月 | | 学校名称 | | 专业 | | 学历学位 |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
|  |  | |  | |  | |  |
| 拟申报岗位: | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 备注 | 1.工作经历从参加工作开始填写，同一工作单位只填最高职务。  2.教育经历从高中（中专）开始填写。  3.医学学历、医学学位按最高级别填写。  4.医师资格证书编码、资格类别、发证时间按医师资格证书上内容如实填写。  6.表内各项内容请认真填写，因内容不实或不完整造成的一切后果由填表人承担。 | | | | | | |

附件3

**2025年岳西县县乡医疗机构公开招募老专家健康体检表**

体检医院名称： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 出生日期 | | |  | | 小二寸免冠近照 |
| 工作单位 | |  | | | | | | |  | | |  | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | 民 族 | | |  | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | |
| 家 族 史 | |  | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 甲状腺 |  | | | | | | | 脊柱 | |  | | | 医师签字： |
| 淋 巴 |  | | | | | | | 四肢 | |  | | |
| 肛 门 |  | | | | | | | 关节 | |  | | |
| 泌尿生殖器 |  | | | | | | | | | | | |
| 其 它 |  | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | | |  | | | | | | | | | | 医师签字： |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | |
| 腹 部 器 官 | | |  | | | | 肝 | |  | | | |
| 脾 | |  | | | |
| 其 它 | | |  | | | | | | | | | |
| 胸部X线透视 | | |  | | | | | | | | | | 医师签字： | |
| 心 电 图 | | |  | | | | | | | | | | 医师签字： | |
| 转 氨 酶 | | |  | | | 乙肝表面抗原 | | | |  | | | 化验员签字： | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 其它眼疾 |  | 医师签字： |
| 左 | 左 |
| 耳 | 听力 | 右 | 耳 疾 |  | | |
| 左 |
| 鼻及鼻窦疾病 |  | | | | | |
| 咽 喉 |  | | | | | |
| 其 它 |  | | | | | |
| 主  检  结  果 | （以下部分请在符合的项目上用“√”表示）  结果：1、健康良好 2、一般或较弱 3、有慢性病  （如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示）  1．心血管病 6．结核病  2．脑血管病 7．糖尿病  3．慢性呼吸系统病 8．神经或精神疾病  4．慢性消化系统病 9．其它慢性病（具体）：  5．慢性肾炎    体检医院盖章    主检医师签字： 填写日期： 年 月 日 | | | | | | | |

注：1．表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假。

2．X线、心电图、肝功能报告单请贴在背面。