附件1：

  石阡县人民医院2020年面向高等医学院校公开引进人员职位一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 类别 | 岗位 | 职位代码 | 引进人数 | 学  历 | 专    业 | 备  注 |
| 1 | 临床 | 临床医生 | 01 | 13 | 全日制普通高校本科及以上（学士学位） | 临床医学 |  |
| 2 | 临床 | 临床医生 | 02 | 1 | 全日制普通高校本科及以上（学士学位） | 康复医学 |  |
| 3 | 医技 | 影像医生 | 03 | 4 | 全日制普通高校本科及以上学历（学士学位） | 医学影像学 |  |
| 4 | 医技 | 检验医生 | 03 | 2 | 全日制普通高校本科及以上学历（学士学位） | 医学检验、医学检验技术 |  |
| 合计 | | | | 20 |  | | |

附件2：

石阡县人民医院2020年面向高等医学院校公开引进人员报名信息表

报名序号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | | | | 性别 | |  | | | 民族 | | |  | | | | | | | 照片 | | |
| 身份证号 |  | | | | | | | 出生日期 | | | |  | | | | | | | | | |
| 政治面貌 |  | | | 考生生源地 | | | |  | | | | 户籍所在地 | | | | |  | | | | |
| 学历 |  | | | 学位 | | | |  | | | | 毕业时间 | | | |  | | | | | |
| 毕业院校 |  | | | | | | | | | 是否普通高等教育全日制 | | | | | | | |  | | | |
| 所学专业具体名称 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | 参加工作时间 | | | | |  | | | | | |
| 工作年限 | |  | | | | | 专业技术职称 | | | |  | | | | | 其它资格名称 | | | | |  | | | |
| 个人身份 | | | | | | |  | | | | 联系电话1 | | |  | | | | | | 联系电话2 | | |  | |
| 工作单位是否同意报考 | | | | | | |  | | | | | 是否满足该职位要求的所有报考条件 | | | | | | | | | | | |  |
| 其他需说明事项 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报考单位代码及名称 | | | | | |  | | | | | | 报考职位代码及名称 | | | | | | | |  | | | | |
| 报名点 | | | | | |  | | | | | | 考试类别 | | | | | | | |  | | | | |
| 报名信息  确认栏 | | | 以上填写信息均为本人真实情况，并已签订诚信报考承诺书，若有虚假、遗漏、错误，责任自负。  考生签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 初  审  意  见 | 审核人：  2020年  月   日    (单位审核章) | | | | | | | | | | | | 复  审  意  见 | | | | | | 审核人：  2020年  月  日    (单位审核章) | | | | | |

注：1、报名成功考生须打印备用。2、“专业技术职称”：如工程师、高级工程师、会计师、高级会计师……。3、“其它资格名称”：如会计从业资格证、执业医师资格证、国家司法考试A证……。