附件1：

隆回县卫健系统2020年考核招聘专业技术人员计划与岗位要求表

| **序号** | **单位**  **名称** | **岗位**  **名称** | **编制**  **类别** | **招聘计 划数** | **年龄要求** | **学历** | **岗位要求** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 乡镇卫生院 | 临床医生 | 全额事业 | 6 | 已缴纳社保满5年及以上的，男50岁以下(1970年12月1日以后出生)，女45岁以下(1975年12月1日以后出生)；报考人员未缴纳社保或缴纳社保未满5年的，男45岁以下(1975年12月1日以后出生)，女40岁以下(1980年12月1日以后出生)。 | 中专及以上 | 在隆回县乡镇卫生院连续工作5年以上(工作时间截止2020年12月1日)，至今仍在岗并已经取得执业(助理)医师的临聘人员。 |
| 2 | 乡镇卫生院 | 边远乡镇卫生院急需紧缺的专技岗位 | 全额事业 | 6 | 已缴纳社保满5年及以上的，男50岁以下(1970年12月1日以后出生)，女45岁以下(1975年12月1日以后出生)；报考人员未缴纳社保或缴纳社保未满5年的，男45岁以下(1975年12月1日以后出生)，女40岁以下(1980年12月1日以后出生)。 | 大专及以上 | 取得执业医师资格或卫生技术中级及以上职称（护理专业除外） |
| 全日制医学本科及以上 | 取得全日制医学本科及以上学历 |

附件2

隆回县事业单位公开招聘人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 应聘单位： 应聘岗位： 报名序号： | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | | | 民族 |  | 相片 |
| 出生年月 | |  | | 政治面貌 | |  | | | | 学历学位 |  |
| 毕业院校 | |  | | | | | | | | 所学专业 |  |
| 职称、执（职）业资格 | | | | |  | | | | | 取得时间 |  |
| 户 籍  所在地 | |  | | | 婚姻状况 |  | | | | 档案保  管单位 |  |
| 身份证号 | | |  | | | | | | | 有何特长 |  | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | | | | 邮政编码 |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | E-mail | | |  | |
| 简历 | |  | | | | | | | | | | |
| 与应聘岗位相关的实践经历或取得的成绩 | |  | | | | | | | | | | |
| 应  聘  人  员  承  诺 | **本人承诺所提供的材料真实有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试和聘用资格。**  **应聘人签名：**  **年 月 日** | | | | | | 资  格  审  查  意  见 | | **经审查，符合应聘资格条件。**  **审查人签名： 招聘单位（章）**  **年 月 日** | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | | | |

说明：1.报名序号由招聘单位填写。

2.考生必须如实填写上述内容，如填报虚假信息者，取消考试或聘用资格。

3.经审查符合报名条件，由考生现场确认，此报名表由招聘单位留存。

4.考生需准备1寸彩色照片3张，照片背面请写上自己的名字。

5.如有其他学术成果或课题及需要说明的情况可另附。