附件1

**2022年淅川县医共体公开招聘医学院校毕业生职位表**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **淅川县第一医疗卫生共同体** | **招聘 人数** | **岗    位    条    件** | | | **备注** |
| **专  业** | **学  历** | **年  龄** |
| 16 | 临床医学 | 普通全日制高等教育本科及以上 10 | 35周岁以下（1987年1月1日以后出生） |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上 6 |
| 1 | 麻醉学 | 普通全日制高等教育本科及以上 |  |
| 1 | 中医学 | 普通全日制高等教育专科及以上 |  |
| 1 | 口腔医学 | 普通全日制高等教育专科及以上 |  |
| 3 | 康复治疗技术 | 普通全日制高等教育专科及以上 |  |
| 1 | 财务管理 | 普通全日制高等教育专科及以上 |  |  |
| **淅川县第二医疗卫生共同体** | 7 | 临床医学 | 普通全日制高等教育本科及以上3 | 35周岁以下（1987年1月1日以后出生） |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上4 |
| 2 | 中医学 | 普通全日制高等教育本科及以上1 |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上1 |
| 1 | 麻醉学 | 普通全日制高等教育本科及以上 |  |
| 1 | 中西医结合 | 普通全日制高等教育本科及以上 |  |
| 1 | 口腔医学 | 普通全日制高等教育专科及以上 |  |
| 1 | 康复治疗技术 | 普通全日制高等教育专科及以上 |  |
| **淅川县第三医疗卫生共同体** | 3 | 临床医学 | 普通全日制高等教育本科及以上 1 | 35周岁以下（1987年1月1日以后出生） |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上 2 |
| 3 | 中医学 | 普通全日制高等教育本科及以上 2 |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上 1 |
| 1 | 针灸推拿 | 普通全日制高等教育本科及以上 |  |
| 2 | 中西医结合 | 普通全日制高等教育本科及以上 1 |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上 1 |
| 3 | 康复治疗技术 | 普通全日制高等教育本科及以上 1 |  |
| 普通全日制高等教育专科及以上 2 |
| **妇幼保健院** | 2 | 临床医学 | 普通全日制 高等教育专科及以上 | 35周岁以下（1987年1月1日以后出生） |  |
| **特岗全科医生** | 5 |  |  |  | 取得执业医师资格证 |
| **合计** | 55 |  |  |  |  |

附件2   **编号：**

**2022年淅川县卫健系统公开招聘报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | | | 民族 | | | |  | 照片 | |
| 籍贯 |  | | | | | 出生年月 | | |  | | | | |
| 政治  面貌 |  | | 职称  情况 | | |  | | | | | | | |
| 身份证  号码 |  | | | | | 联系电话  （2个） | | | |  | | | |  | |
| 学历  学位 |  | | | 毕业  院校 | | |  | | | | | 所学专业 | | |  |
| 毕业  时间 |  | | | 报考  岗位名称 | | |  | | | | | 岗位代码 | | |  |
| 简   历 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 及社会关系  家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | | | 年龄 | | | 政治  面貌 | | | 工作单位及职务 | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | |  | | |  | | | | |
| 本人  承诺 | **本报名表所填写的信息准确无误，所提交的证件、资料和照片真实有效，若有虚假，所产生的一切后果由本人承担。**    报名人（签名）：  年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 资格  审查  意见 | 审查人签字：                    年    月    日 | | | | | | | | | | | | | | |