|  |
| --- |
| 附件1 |
| **巧家县医共体总医院2025年公开招聘编外人员简章** |
| 招聘单位 | 招聘岗位 | 人数 | 所需资格条件 | 招聘范围 | 招聘方式 | 备注 |
| 年龄 | 学历 | 学历性质 | 专业 | 职称 |
| 巧家县人民医院 | 临床医师 | 8 | 35周岁及以下 | 本科及以上 | 普通全日制 | 临床医学 | 不限 | 全国 | 面试 | 从事临床诊疗工作 |
| 巧家县人民医院 | 康复治疗师 | 1 | 35周岁及以下 | 本科及以上 | 普通全日制 | 康复治疗技术 | 不限 | 全国 | 面试 | 从事康复治疗工作 |
| 巧家县人民医院 | 影像学医师 | 1 | 35周岁及以下 | 本科及以上 | 普通全日制 | 医学影像学 | 不限 | 全国 | 面试 | 从事医学影像工作 |
| 巧家县中医医院 | 内系科室医师 | 1 | 35周岁及以下 | 专科及以上 | 普通全日制 | 中医学/中西医临床医学/临床医学 | 医师及以上 | 全国 | 面试 | 临床类别医师执业范围需包含“内科专业”；全日制2024-2025届本科毕业生可不受职称限制，须在聘用后2年内通过医师资格考试，否则解除聘用；取得主治医师职称年龄放宽至40周岁及以下。 |
| 巧家县中医医院 | 外系科室医师 | 1 | 35周岁及以下 | 专科及以上 | 普通全日制 | 临床医学 | 医师及以上 | 全国 | 面试 | 医师执业证执业范围需包含“外科专业”；全日制2024-2025届本科毕业生可不受职称限制，须在聘用后2年内通过医师资格考试，否则解除聘用；取得主治医师职称年龄放宽至40周岁及以下。 |
| 巧家县中医医院 | 预算管理 | 1 | 30周岁及以下 | 本科及以上 | 普通全日制 | 经济学/会计学 | 不限 | 全国 | 面试 | 负责医院全面预算管理，数据运营分析等相关工作。 |
| 巧家县妇幼保健计划生育服务中心 | 眼视光 | 1 | 35周岁及以下 | 专科及以上 | 普通全日制 | 口腔医学 | 医师及以上 | 全国 | 面试 | 医师执业证执业范围需包含“口腔科专业”；取得主治医师职称年龄放宽至40周岁及以下。 |
| 巧家县妇幼保健计划生育服务中心 | 口腔 | 1 | 35周岁及以下 | 专科及以上 | 普通全日制 | 眼视光医学、临床医学 | 医师及以上 | 全国 | 面试 | 医师执业证执业范围需包含“眼耳鼻咽喉科专业”；取得主治医师职称年龄放宽至40周岁及以下。 |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 巧家县医共体总医院公开招聘编外人员报名表 |
| **姓 名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | **照片** |
| **民 族** |  | **政治面貌** |  | **婚姻状况** |  |
| **职称资格** |  | **主要专业特长** |  |
| **全日制学历毕业学校** |  | **毕业****时间** |  | **所学****专业** |  |
| **国民教育学历毕业学校** |  | **毕业****时间** |  | **所学****专业** |  |
| **联系电话** |  | **身份证号码** |  |
| **报考单位** |  | **报考岗位** |  |
| **本人主要学习工作简历** | **起止年月** | **工作学习单位** | **职 务** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **家庭主要成员信息** | **姓 名** | **性别** | **称 谓** | **年龄** | **现工作单位（住址）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **资格复审意见：** 审查人签字： 年 月 日 |

注：1、请认真填写此表，涂改或复印填写无效；2、您将对此表中的信息的真实性负责。

附件3

巧家县医共体总医院公开招聘编外人员

报考承诺书

我已经仔细阅读《巧家县医共体总医院2025年公开招聘编外人员公告》，并清楚理解其内容，现郑重承诺如下：

一、本人所提供的个人信息、证明资料、证件等真实、准确。对因提供有关信息、证明资料、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相关责任。

二、被确定为招聘对象，本人在规定时间内提供招聘岗位所需的证明材料、办理录用手续，服从医院工作岗位安排。否则自愿放弃录用资格。

 承诺人：

 年 月 日