**附件1.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | 《2025年度宿州市第二人民公开招聘高层次专业技术人员岗位需求表》 | | | | | |
| **用人单**  **位名称** | **岗位代码** | **岗位类型** | **岗位名称** | | **计划引才人数** |  | **引进人才要求条件** | | **备注** |
| **学历、职称要求** | **专业要求** | **年龄要求** |
| 宿州市第二人民医院 | 01 | 专业技术岗位  专业技术岗位 | 精神科医生 | | 8 | 硕士研究生及以上学历； | 精神病与精神卫生学专硕 | 1、硕士35周岁以下；博士45周岁以下；  2、特别优秀的可适当放宽年龄限制。 |  |
| 02 | 精神科医生 | | 2 | 硕士研究生及以上学历； | 精神病与精神卫生学学硕 | 1、硕士35周岁以下；博士45周岁以下；  2、特别优秀的可适当放宽年龄限制。 |  |
| 03 | 精神科医生 | | 4 | 本科及以上学历； | 临床医学或精神医学专业，  须具有精神病执业资格和规培合格证书 | 35周岁以下 |  |
| 04 | 护理 | | 1 | 硕士研究生及以上学历。 | 全日制护理专业硕士研究生 | 35周岁以下 |  |

**附件2.**

**2025年公开招聘高层次专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性 别 | |  | | 出生年月 | |  | 彩色照片 |
| 民 族 | |  | | | 籍 贯 | |  | | 出 生 地 | |  |
| 政治面貌 | |  | | | 参加工作时间 | |  | | 健康状况 | |  |
| 最高学历 | |  | | | 专业技术职务 | |  | | 婚 姻  状 况 | |  |
| 外语水平 | |  | | | 爱 好  特 长 | |  | | | | |
| 现工作单位及职务 | | | | |  | | | | | | | |
| 联系电话 | | | | |  | | | | | | | |
| 报考岗位 | | | | |  | | | | | | | |
| 身份性质 | | | | | 参照事业单位编制管理人员 □ 应届毕业生 □  其 他 □（ ） | | | | | | | |
| **教育经历（从高中填起）** | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 学历 | | | 毕业院校 | | | 专业、研究方向 | | 获奖情况（包括奖学金、主要学术成果、科研项目等） | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
|  | |  | | |  | | |  | |  | | |
| **学生团体或主要社会实践经历（限应届毕业生填写）** | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | 社团或单位名称 | | | 职位 | | | 职责或主要业绩 | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |
| **工作经历（限非应届毕业生填写）** | | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 工作单位 | | | 职务及主要业绩 | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
|  | | |  | | |  | | | | | | |
| **家庭成员及主要社会关系** | | | | | | | | | | | | |
| 关系 | 姓名 | | | 工作单位 | | | | 职位职务 | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | |  | | | | |
| **资格审查意见** | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | 备注：  1．填写内容必须真实有效，否则后果自负；  2．联系电话务必填写准确，保持畅通。 | | | | |