深圳市第二人民医院大鹏新区康复医院（南澳人民医院）

临床医护人员招聘启示

深圳市第二人民医院大鹏新区康复医院（南澳人民医院）是深圳首个市区共建医疗集团医院。现因业务发展需要，拟聘医护人员19人，具体条件如下：

**一、康复科医生：**

1、拟聘8人；

2、年龄40周岁以下；

3、第一学历为全日制本科及以上学历（临床医学、中医学、中西医结合、针灸推拿专业）；

4、具有医师及以上职称；

5、两证齐全，职业范围为康复专业；

6、从事临床工作3年以上，能完成康复科住院医师工作。

7、身体健康。

**二、急诊科医生：**

1、拟聘2人；

2、年龄30周岁以下；

3、第一学历为全日制本科及以上学历（临床医学专业）；

4、具有医师及以上职称；

5、两证齐全，职业范围为内科专业；

6、从事临床工作3年以上，能完成急诊科医师工作；

7、身体健康。

**三、护士：**

1、拟聘3人；

2、年龄30周岁以下；

3、第一学历为全日制大专及以上学历（护理学专业）；

4、具有护士及以上职称；

5、两证齐全，从事临床护理工作经验3年以上，能完成临床护理工作；

6、身体健康。

**四、助理护士：**

1、拟聘6人；

2、年龄25周岁以下；

3、第一学历为全日制大专及以上学历（护理学专业）；

4、能完成非侵入性临床护理工作；

5、身体健康。

有意者请填写《深圳市第二人民医院大鹏新区康复医院（南澳人民医院）应聘报名表》，随身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书等相关证书扫描件，发至邮箱szqiujie@126.com,符合条件者经考核、试用合格后予以聘用。

**地址：深圳市福田区笋岗西路3002号**    **邮编：518035**

**电话：0755-3796781；0755-83366388-2501**

**联系人：何老师**

深圳市第二人民医院大鹏新区康复医院（南澳人民医院）应聘报名表

**应聘职位： 填表日期: 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | | | | | | | | | 上传相片(一寸免冠正面) | |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生日期 | | | 年 月 | | | |
| 籍贯 |  | | 健康状况 | |  | | | 身高 | | | CM | | | |
| 文化程度 |  | | 所学专业 | |  | | | 联系电话1 | | |  | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | 联系电话2 | | |  | | | |
| 婚育状况 | 婚否：1、是 2、否 | | | | | | 育否： 1、是 2、否 | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | | | Email（邮箱） | | |  | | | |
| **教育经历（从高中或中专开始填写）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 终止时间 | | | 所在学校 | | | | | 专业 | | | 学历（学位） | | | | 全日制（是/否） |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
|  |  | | |  | | | | |  | | |  | | | |  |
| **工作经历** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 终止时间 | | | 所在单位 | | | | | | | | 所在科室 | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | | |  | | | | |
| **专业技术职务名称及聘任时间（从高到低）** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 专业技术资格名称 | | 取得时间 | | | | 聘任时间 | | | | | | 聘任单位 | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
|  | |  | | | |  | | | | | |  | | | | |
| **证书相关信息（医疗和护理人员填写）** | | **专业技术资格名称** | | | | **取得时间** | | | | **执照注册时间和范围** | | | | **执业地点** | | |
| **专业**  **资格** | | | |  | | | | **时间：**  **范围：** | | | |  | | |
| **科研**  **课题** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **科研**  **论著** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **所获**  **奖励（特长）** | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明** | | 本人所填写上述内容真实，如有虚假，本人愿承担相应法律责任。  本人签名： | | | | | | | | | | | | | | |

备注：随本报名表请附身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书、护士执业证书（含执业地点及发证时间）等相关证书扫描件。未附者，一律不受理。