附件1:

**樟树市人民医院2017年招聘医学毕业生岗位及要求表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **岗  位** | **需求专业** | **人数** | **相关要求** | **备   注** |
| 医务科 | 临床医学    | 2名 | 全日制本科 |   |
| 儿科 | 临床医学   | 2名 | 全日制本科及以上学历 |   |
| 妇产科 | 临床医学   | 2名 | 全日制本科及以上学历 | 男性优先 |
| 重症医学 | 临床医学   | 3名 | 全日制本科及以上学历 |   |
| 普外科 | 临床医学   | 1名 | 全日制本科及以上学历 |   |
| 神经外科 | 临床医学   | 1名 | 全日制本科及以上学历 |   |
| 泌尿外科 | 临床医学   | 1名 | 全日制本科及以上学历 |   |
| 耳鼻喉科                                      | 临床医学   | 1名 | 全日制本科及以上学历 |   |
| 放射科                  | 临床医学或医学影像   | 1名 | 全日制本科及以上学历 | 医学影像专业优先 |
| CT室 | 临床医学或医学影像    | 1名 | 全日制本科及以上学历 | 医学影像专业优先 |
| B超室 | 临床医学或医学影像    | 3名 | 全日制本科及以上学历 | 樟树籍、医学影像专业优先 |
| 心电图室 | 临床医学或医学影像    | 1名 | 全日制本科及以上学历 |   |

附件2:

**樟树市人民医院公开招聘医学毕业生报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性别** |  | **出生年月** |  | 1寸照片 |
| **籍贯** |  | **民族** |  | **身高（cm）** |  |
| **身份证号码** |  | **政治面貌** |  |
| **户口所在地** |  | **档案所在地** |  |
| **毕业院校** |  | **毕业时间** |  |
| **所学专业** |  | **学制** |  | **学位** |  |
| **执业医师资格证号** |  | **住院医师规培** | **是，医院：** |
| **（从初中填起）****学  习  经  历** | **学历** | **毕业院校** | **所学专业** | **学习起止年月** | **学习形式** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **受聘前3个月的工作状况** |
| **□应届毕业生        □从事执业范围内相关工作        □待业** |
| **原工作单位名称** |  | **身份** | **□正式职工****□临时聘用人员** |
| **应聘****专业** | **第一志愿** |  | **第二志愿** |  | **是否同意调剂** | **□是****□否** |
| **本人****联系****方式** | **电话** |  | **手机** |  |
| **Email** |  | **通信地址** |  |
| **声明** | **我已仔细阅读《樟树市人民医院2017年公开招聘医学毕业生公告》，理解其内容，符合报考条件。我郑重承诺：本人所提供的个人信息、证明资料、证件等，真实、准确，并自觉遵守事业单位公开招聘工作人员各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。对因提供有关信息、证件不实或违反有关纪律规定所造成的后果，本人自愿承担相应的责任。**报考者（本人签名）： 年    月    日  |