**附件1：招聘职位及指标**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编码 | 职位名称 | 学历 | 专业 | 工作单位 | 数量 | 其他要求 |
| 1 | 临床1 | 大专及以上 | 临床医学 | 市四院 | 6 |  |
| **2** | 临床2 | 大专及以上 | 临床医学 | 市四院 | 3 | 具有执业医师证 |
| **3** | 临床3 | 研究生 | 针炙推拿专业 | 市四院 | 1 |  |
| **4** | 临床4 | 大专及以上 | 临床医学 | 市四院 | 2 | 具有高级专技资格，年龄45周岁内（1975年1月1日及以后出生） |
| 5 | 康复 | 大专及以上 | 康复治疗 | 市四院 | 1 |  |
| 6 | 中西医临床 | 大专及以上 | 中西医结合 | 市四院 | 1 |  |
| 7 | 护理1 | 大专及以上 | 护理学 | 市四院 | 24 | 历届生须有护士执业资格 |
| 8 | 护理2 | 中专及以上 | 护理学 | 市四院 | 2 |  |
| 9 | 护理3  （从事导医） | 中专及以上 | 护理学 | 市四院 | 5 |  |
| 10 | 检验 | 大专及以上 | 医学检验技术 | 市四院 | 3 | 历届生须有士级以上专业技术资格 |
| 11 | 药剂 | 本科及以上 | 药学 | 市四院 | 3 |  |
| 12 | 放射技术1 | 大专及以上 | 医学影像学、  医学影像技术 | 市四院 | 1 | 具有士级及以上专业技术资格，年龄40周岁内（1980年1月1日及以后出生） |
| 13 | 放射技术2 | 大专及以上 | 医学影像学、  医学影像技术 | 市四院 | 1 |  |
| 14 | 临床 | 大专及以上 | 临床医学 | 临山分院 | 2 |  |
| 15 | 护理 | 中专及以上 | 护理学 | 临山分院 | 2 | 历届生须有护士执业资格 |
| 16 | 检验 | 大专及以上 | 医学检验 | 朗霞分院 | 1 |  |
| 17 | 护理 | 大专及以上 | 护理学 | 朗霞分院 | 2 | 历届生须有护士执业资格 |
| 18 | 导医 | 中专及以上 |  | 朗霞分院 | 1 | 45周岁内（1975年1月1日及以后出生） |
| 19 | 护理（从事导医、预检分诊） | 大专及以上 | 护理学 | 黄家埠分院 | 2 |  |
| 合 计 | |  |  |  | 63 |  |

**附件2：**

**余姚市第四人民医院医共体招聘编外人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 1寸照片 |
| 性别 |  | 出生年月 | |  | | | | | | | | | 学历/学位 | | | | |  | | | | | |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  | | | | | | | | | | 所学专业 | | | | |  | | | | | |
| 职称 |  | | 执业资格 | | | | |  | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | 邮编 | | | | |  | | | | | 移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 其他电话 | | | | |  | | | | | | |
| 工作单位 | （历届考生填写） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 本  人  简  历 | 从初中开始 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭  主要  成员  情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 真实  性承  诺 | 本人承诺：本人所填写的内容真实可靠，所提供的证书、证明等材料真实有效、取得途径合法。如有任何不实，本人愿意接受余姚市第四人民医院取消本人应聘、录用资格等有关处理决定。  签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 招聘  资格  审核  意见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

附件3

**关于余姚市第四人民医院招聘现场报名**

**疫情防控有关事项的公告**

根据新冠肺炎疫情防控工作要求，现将招聘考试现场报名（ 11月12日— 11月13日）的有关事项公告如下：

一、健康申报表填写。报名者请在报名前下载《余姚市第四人民医院招聘现场报名健康申报表》（附件），按要求如实填写申报表，在报名当天在余姚市第四人民医院行政三楼会议室门口上交工作人员。

1. 报名者全程佩戴口罩，测温正常和扫码为绿码者进入报名区。体温超出正常范围者禁止进入报名区。报名区控制报名人员流动数。

附件：健康申报表

余姚市第四人民医院医共体人力资源管理中心 2020年11月02日

**附件**

**余姚市第四人民医院**

**2020年度招聘现场报名健康申报表**

**各位拟报生：**

**在新型冠状病毒的肺炎防控期间，根据相关规定，请您如实填写以下信息，否则将承担相应法律责任！**

**一、基本信息**

姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 身份证号：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

现居住地：\_\_\_\_\_\_省\_\_\_\_\_\_市\_\_\_\_\_\_镇\_\_\_\_\_\_ （村）社区\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

联系电话：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 体温：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**二、概况（请如实填写以下情况，请根据您的情况在□内打√）请问诊医务人员关注最新疫区变动通知！**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.近14天内是否曾去中高风险地区，或其他有病例报告的社区等疫区？ | | | | □是 □否 |
| 2.近14天内是否出现过发热? | | | | □是 □否 |
| 2.1若有发热，所测体温为\_\_\_\_\_\_℃（如未测量则写“不清楚”） | | | | □是 □否 |
| 2.2发热期间是否服用过退热药或感冒药? | | | | □是 □否 |
| 3.外地非疫区是否近48小时在无防护措施的情况下乘坐公共交通工具？ | | | | □是 □否 |
| 4.近14天内是否出现以下症状？如有请在□内打**√** | | | | □是 □否 |
| □咳嗽 | □咽喉痛 | □流涕 | □鼻塞 |  |
| □胸闷 | □胸痛 | □乏力 | □呼吸困难 |  |
| □腹泻 | □肌肉酸痛 | □头痛 |  |  |
| 5.本人目前甬行码是否是绿码 | | | 是 | |
| 否 | |
| 6.考试当天自测体温温度（口温） | | |  | |

**温馨提示：**为了您的安全，如符合“发热门诊”就诊条件，请听从医务人员指引，戴好口罩，我们需要安排您至专门的发热门诊就诊。

我承诺：以上情况属实，无弄虚作假、瞒报、漏报。

考生签名（手写）：

日 期：