附件1：

**招聘单位简介**

**牟山分院：**

牟山镇地处姚西，区域面积38.5平方公里，辖区内有7个行政村和1个居委。辖区内共有医疗机构12家，其中1家镇卫生院，社区卫生服务站4家，村卫生室6家，乡村医生10名；民营医疗机构1家。

一、分院基本情况

牟山分院是姚西地区集医疗、预防保健、急救、康复、健康教育、计划生育技术指导为一体的政府举办的非赢利性医疗机构，是医疗保险定点医疗机构，2014年被授予浙江省乙等乡镇卫生院。卫生院总占地面积7０００㎡左右，建筑占地１１００㎡左右，总建筑面积２６００㎡左右，绿化面积6000㎡左右。

卫生院（包括两个院办院管的社区服务站）现有专业卫技人员49名，勤杂工6名，其中正式在编人员31名，有中高级以上职称12名，大专以上学历26名，其中本科以上学历13名；结合本镇公共卫生工作的实际情况，根据“分片包干、团队合作、责任到人”的原则， 组建了分别由临床、预防保健、护理及其他卫技人员和乡村医生等人员组成的7个责任医生团队，12个责任医生小组，全面开展了社区公共卫生服务工作。通过广大干部职工的努力，分别获得2007年度宁波市标准化乡镇卫生院、2009年度省规范化社区卫生服务中心、市文明单位、2011年度余姚市先进基层党组织、市青年文明号、2012年度宁波市数字化乡镇卫生院、市敬老文明号、市工人先锋岗、宁波市卫生先进单位、2015年宁波市级文明单位。

卫生院目前设有四大科室：医疗康复部、后勤保障部、预防保健部、社区卫生服务综合办公室；开设有：全科医疗科、内科、外科、妇科、儿科、中医科、口腔科、康复医疗科、影像诊断科和检验科等。拥有进口东芝和菲利蒲彩色B超、进品数字放射成像系统（简称DR）、进口五分类自动血球分析仪、日本广电多导联心电图机和社区流动服务车等一系列现代化医疗设备，为开展社区卫生服务工作提供了硬件保障。

附件2：

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 | | | | | | |  | | | | | |
| 应聘职位 | |  | | | | | | | | 职位编码 | | | | | | |  | | | | | | 政治面貌 | | | | | | |  | | | | | |
| 生源户籍所在地（乡镇） | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 职称 | | | | | | |  | | | | | | |
| 家庭地址 |  | | | | | | | | 邮编 | | | | |  | | | | | | 手机、小灵通 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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二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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |