附件1

2019年石泉县卫健系统公开引进高层次人才

岗 位 表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **引进单位主管部门** | **引进单位** | **岗位名称及所需条件** | | | |
| **岗位简称** | **拟招聘人数** | **资格条件** | **备注** |
| 1 | 县卫健局 | 石泉县医院 | 产科 | 1 | 副高及以上专业技术职称 |  |
| 儿科 | 1 |  |
| 临床医疗 | 3 |  |
| 麻醉 | 1 |  |
| 2 | 石泉县中医医院 | 临床医疗 | 2 |  |
| 麻醉 | 1 |  |
| 3 | 石泉县疾控中心 | 传染病预防控制科 | 1 |  |

附件2

2019年石泉县卫健系统公开引进高层次人才

报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 引进岗位： | |  | | | | | | 报名序号： | |  |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 贴近期2寸免冠彩色照片 |
| 籍贯 |  | | | 民族 | |  | 政治面貌 |  | |
| 学历 学位 情况 | 学历 |  | | | | | 学位 |  | |
| 毕业院校 |  | | | | | 专业名称 |  | |
| 毕业时间 |  | | | | | 毕业证号 |  | | |
| 身份  证号 |  | | | | 职业资格名称 及专业技术职称等级 | | |  | | |
| 联系  地址 |  | | | | | | | | | |
| 电子  邮箱 |  | | 固定电话 | |  | | | 手机 |  | |
| 简历（1.从高中填写至今，精确到月，不得出现时间空挡；2.应聘人员属于机关事业单位在编人员的，应该在此栏备注说明） | |  | | | | | | | | |
| 提示：应聘人员填写个人信息资料必须真实有效、完整规范。由于信息不实或弄虚作假的，个人承担全部责任。 | | | | | | | | | | |
| 报名登记人签字： 报名时间： | | | | | | | | | | |