|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1： | | **招聘单位、职位及指标** | | | | | |
| **职位 编码** | **职位名称** | | **生源和户籍** | **招聘单位** | **学历** | **数量** | **职位要求及其他** |
| 1 | 护理 | | 不限 | 中医医院 | 本科及以上 | 6 | 护理及助产专业,具备执业护士资格证。 |
| 2 | 护理 | | 不限 | 中医医院 | 大专及以上 | 10 | 护理及助产专业。 |
| 3 | 护理 | | 不限 | 大隐分院 | 中专及以上 | 1 | 护理专业,具有护士及以上资格。 |
| 4 | 中药 | | 不限 | 中医医院 | 大专及以上 | 3 | 中药学专业。 |
| 5 | 中药 | | 不限 | 凤山分院 | 大专及以上 | 1 | 中药学专业，具有中药士及以上资格。 |
| 6 | 中药 | | 不限 | 大隐分院 | 中专及以上 | 1 | 中药学专业，具有中药士及以上资格。 |
| 7 | 临床 | | 不限 | 凤山分院 | 大专及以上 | 2 | 临床医学专业，具有执业助理医师及以上资格。 |
| 8 | 医学影像诊断 | | 不限 | 河姆渡分院 | 大专及以上 | 1 | 临床医学（医学影像方向）或医学影像学专业，具有执业助理医师及以上资格。 |
| 9 | 文秘 | | 宁波大市 | 三七市分院 | 大专及以上 | 1 | 文秘专业，1990年1月1日及以后出生。 |

附件2：

**余姚市中医医院及分院编外招聘报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 身份证号码 | | | | | | |  |  |  | |  |  | | |  |  |  | | |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  |  |  | 1寸照片 |
| 性别 |  | 出生  年月 | | |  | | | | | 学历/  学位 | | | | | |  | | | | | | | | | | | 外语等级 | | | | | |  | | | |
| 毕业  时间 |  | | | 毕业院校 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 专业 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 应聘单位及职位 |  | | | | | | | | 职位编码 | | | | | | | |  | | | | | 政治面貌 | | | | | | | |  | | | | | | |
| 生源户籍所在地（乡镇） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 执业资格/职称 | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 家庭  地址 |  | | | | | | | 邮编 | | | | |  | | | | | | | | 手机 | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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中医医院取消本人应聘、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |