附表1

2020年大庆市疾病预防控制中心公开

招聘工作人员岗位计划表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主管部门 | 单位名称 | 单位性质 | 岗位名称 | 招聘数量 | 岗位要求 | 备注 |
| 学 历 | 专业要求（专 业） |
| 大庆市卫生健康委 | 大庆市疾病预防控制中心 | 全额事业 | 疾病预防控制岗 | 4 | 统招本科及以上 | 临床医学、预防医学、基础医学、医学检验技术、食品卫生与营养学、精神医学、放射医学、妇幼保健医学、卫生监督、儿科学，口腔医学、全球健康学、中医养生学；流行病与卫生统计学、劳动卫生与环境卫生学、营养与食品卫生学、少儿卫生与妇幼保健学、免疫学、老年医学、神经病学、皮肤病与性病学、卫生毒理学 | 限3年服务期（含试用期） |
| 大庆市卫生健康委 | 大庆市疾病预防控制中心 | 全额事业 | 综合管理岗 | 1 | 统招本科及以上 | 信息管理与信息系统 | 限3年服务期（含试用期） |
| 合计 |  |  |  | 5 |  |  |  |

注：专业要求参照《黑龙江省考试录用公务员专业设置指导目录（2020年修订）》设置

附件2

2020年大庆市疾病预防控制中心

公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   | 照片 |
| 户籍 |   | 民族 |   | 政治面貌 |   |
| 学历 |   | 学位 |   | 毕业时间 |   |
| 身份证号码 |    |
| 联系电话 |  |
| 家庭住址 |   |
| 毕业院校及专业 |   |
| 职称 |  | 从事专业 |  |
| 报考单位及岗位名称 |  |
| 工作简历 |       | 报名人承诺本报名表所填信息及提交的各类证件材料均真实有效，如有虚假，所产生的一切后果由本人承担。 签名： 年 月 日 |

说明：“联系电话”请填写能联系到本人或家人的电话，如填写错误、手机关机、停机等个人原因造成无法联系耽误考试聘用的后果自负。

附表3

2020年大庆市疾病预防控制中心公开招聘工作人员现场资格确认表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 户籍详细地址 |  |
| 报考序号 |  | 报考岗位 |  |  | 身份证号 |  |  |  |  |
| 第一学历 |  |  | 毕业院校 |  |  |  |  | 所学专业 |  |
| 最高学历 |  |  | 毕业院校 |  |  |  |  | 所学专业 |  |
| 档案保管部门 |  |  |  |  | 毕业后派遣地（严格按照报到证填写） |  |
| 具有何种职业资格 |  |  |  | 是否是（或曾经是）机关、事业单位正式职工 |
| 具有何种专业资格 |  |  |  | 取得时间 |  |  |  |  |
| 联系方式 |  |  | 是否服从分配 |  |  | 家庭住址 |  |  |
|  本人承诺以上所填内容及提供现场资格确认材料真实，如因弄虚作假被取消录用资格，责任自负。 |  |  |  |  |
|  承诺人（现场签字，机打无效）： |  |  |  |  |

附表4

2020年大庆市疾病预防控制中心

公开招聘工作人员加分承诺书

本人已经仔细阅读《2020年大庆市疾病预防控制中心公开招聘工作人员公告笔试政策加分审核要件》，并清楚理解其内容。在此，我郑重承诺：

一、本人坚决遵守笔试加分规定，不弄虚作假，不伪造、使用假证明。

二、本人报名时所提供的个人信息是真实、准确、完整的，如因个人信息错误、失真、缺失造成的不良后果，责任由本人承担。

三、考生若被录用，试用期间用人单位进行详细调查，如因个人信息失真造假，一经查实，取消聘用资格，依法追究考生刑事责任，并上报上级纪检部门追究相关责任人责任。

考生同意上述要求，并签名。

考生签名：

2020年 月 日

附表5

2020年大庆市疾病预防控制中心公开招聘

工作人员考试健康监测卡

姓名： 性别： 年龄： 政治面貌：

联系电话: 身份证件号码：

现居住地：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日 期 | 体温 | 症 状 |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |
| 月 日 | 早 |  |  |
| 晚 |  |  |

注：

1. “体温”填水银体温计测腋下温度。
2. “症状”填写相应情况：包括咳嗽、咳痰、咽痛、打喷嚏、流涕、鼻塞、头痛、肌肉酸痛、关节酸痛、气促、呼吸困难、胸闷、结膜充血、腹痛、皮疹、黄疸等或无。

附表6

考生个人健康状况承诺书

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 联系电话 |  | 照片 |
| 性 别 |  | 身份证号 |  |
| 报考岗位 |  |
| 考点信息 |  考点 考场 |
| 现居住地 |  省 市 县（区） 乡（街道） 村（委） 号（楼、单元） |
| **本人承诺事项如下** |
| **本人健康监测记录表中所记录的考试前14天的体温和症状均属实。本人接受并如实回答以下流行病学调查，所填报内容真实准确。****1、本人是否被诊断过新冠肺炎确诊病例、无症状感染者或疑似病例？□是 □否****2、本人考前14天内是否接触过新冠肺炎确诊病例、疑似病例、无症状感染者？□是 □否****3.本人考前14内天是否接触过来自疫情中、高风险地区人员？□是 □否****4.本人考前14天内是否去过境外或国内疫情中、高风险地区？□是 □否****5、本人考前14天内是否接触过发热或有呼吸道症状的患者考？□是 □否****6、本人考前14天内所住社区是否曾有报告新冠肺炎病例？□是 □否****7、本人考试前14天内，是否有以下症状？如有请在□内划√。****症状：□发热□寒战□干咳□咳痰□鼻塞□流涕□咽痛****□头痛□乏力□头晕□胸闷□胸痛□有气促□恶心□****呼吸困难□呕吐□腹泻□结膜充血□腹痛□有其他症状****8、.本人严格遵守考点防疫工作规定，在考前或考试过程中如果出现发热、咳嗽等呼吸道症状，或乏力、咽痛、腹泻等其他症状，主动向考场工作人员报告，并自觉接受流行病学调查，并主动配合落实相关疫情防控措施。****本人保证以上声明信息真实、准确、完整，如有承诺不实、隐瞒病史和接触史、故意压制症状、瞒报漏报健康情况、逃避防疫措施的，愿承担相应法律责任。****考生签名:****承诺日期： 年 月 日** |