**附件1**

|  |
| --- |
| **2021年长汀县妇幼保健院公开招聘编制内卫生专业技术人员岗位表** |
| **序号** | **招聘单位** | **岗位名称** | **单位性质** | **招聘****人数** | **学历** | **学位** | **专业类别** | **性别** | **年龄** | **招聘****范围** | **其他条件** | **备注** |
| 1 | 长汀县妇幼保健院 | 麻醉科 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 麻醉学 | 不限 | 35周岁及以下 | 不限 | 除2020、2021届外的往届毕业生，需取得相应执业医师资格。 | 　 |
| 2 | 长汀县妇幼保健院 | 儿保科 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 康复治疗学（五年制） | 不限 | 35周岁及以下 | 不限 | 除2020、2021届外的往届毕业生，需取得相应执业医师资格。 | 　 |
| 3 | 长汀县妇幼保健院 | 产科 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 护理（学）助产 | 女 | 35周岁及以下 | 不限 | 除2020、2021届外的往届毕业生，需取得相应执业资格。 | 　 |
| 4 | 长汀县妇幼保健院 | 临床科室 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 临床医学 | 不限 | 35周岁及以下 | 全县 | 除2020、2021届外的往届毕业生，需取得相应执业医师资格，在二级及以上医院从事妇产科相关工作连续5年及以上,年龄放宽至40周岁及以下，学位不限。 | 　 |
| 5 | 长汀县妇幼保健院 | 妇产科或超声科 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 医学影像学、            临床医学 | 不限 | 35周岁及以下 | 不限 | 除2020、2021届外的往届毕业生，需取得相应执业医师资格，在二级及以上医院从事医学影像超声工作连续5年及以上,年龄放宽至40周岁及以下，学位不限。 | 　 |
| 合计 | 5 |   |

**附件2**

**2021年长汀县妇幼保健院公开招聘编制内卫生专业技术人员报名表**

报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |   | 性别 |   | 出生年月 |   |  近期免冠1寸彩照 |
| 政治面貌 |   | 身份证号码 |   |
| 户籍所在地 | 省    县      乡（镇） | 通讯 地址 |   |
| 毕业院校 |   | 毕业时间 |   |
| 毕业专业 |   | 学历 |   |
| 专业技术资格及取得时间 |   | 规培合格证及取得时间 |   |
| 健康状况 |   | 联系电话 | 本人 |   |
| 是否过敏体质 |   | 家属 |   |
| 现工作单位及岗位 |   | 从事现岗位起止时间及年限 |   |
| 视力 |    左眼 | 裸眼：      矫正**：** |     右眼 | 裸眼：      矫正**：** | 医生签字 |   |
| 个人学习工作简历 |   |
| 所在单位意见：                                               （盖章）  2021年    月    日 |
| **本人承诺：1.本表内容及提供的有关材料依据真实、合法、有效，符合招聘公告（实施方案）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任及由此造成的一切后果；****2.本人对公告（招聘方案）已知悉，并认可有关规定。**承诺人（签名）：                            年   月   日    |
| 审核人意见 |   | 审核人签名：         年   月   日 |

  **附件3**

**2021年长汀县妇幼保健院公开招聘编制内**

**卫生专业技术人员报考承诺书**

本人        ，性别   ，身份证号码：                  ，参加2021年长汀县妇幼保健院公开招聘编制内卫生专业技术人员招聘考试，报考岗位名称：                 ，承诺能在公告规定时间内取得（所在院校、专业）                     的毕业证、学位证及相应执业资格证或通过考试证明，若未能在规定时间内提供上述证书、证明，自愿放弃本次聘用资格，并承担相应责任及由此造成的一切后果。

承诺人（签名、手印）：

联系电话:

                                  2021年   月   日

|  |
| --- |
| **附件4****2021年长汀县妇幼保健院公开招聘加分申请表** |
| 姓   名 |   | 性  别 |   | 照片 |
| 出生年月 |   | 籍  贯 |   |
| 政治面貌 |   | 学  历 |   |
| 毕业时间及院校 |   | 专  业 |   |
| 报考岗位 |   |
| 准考证号 |   | 联系电话 |   |
| 是否曾经通过享受优惠政策被录(聘)为机关事业单位编制内工作人员 | ①加分优惠：（   ）②专门职位：（   ）③免考聘用：（   ）④其他：（   ）                 |
| **加分项目及文件依据** |
| 加分项目 | 分值 | 文件依据 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| **本人根据实际情况提出加分申请，所填写的信息和所提供的证明材料真实有效。本人愿意对所提供材料的真实性负责。****签名：                 年    月    日** |
| 单位初审意见：           年  月  日 | 主管部门复核意见：              年  月  日 | 组织人事部门审核意见：             年  月  日 |
|     备注：符合加分条件的考生请自行下载本申请表，如实填写并附相关有效证明材料，在参加面试后1个工作日内（采用笔试加面试方式的在笔试后3个工作日内）向招聘单位提出加分申请，逾期视为自动放弃。 |

**附件5**

**2021年长汀县妇幼保健院**公开招聘考试考生

健康申明卡及安全考试承诺书

姓    名：                    性  别：       准考证号：

毕业院校及专业：

身份证号：                               有效手机联系方式：

本人考前14日内住址（请详细填写，住址请具体到街道/社区及门牌号或宾馆地址）：

1.本人考前14日内，是否出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状。       □是 □否

2.本人是否属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者。                                □是 □否

3.本人考前14日内，是否在居住地有被隔离或曾被隔离且未做核酸检测。             □是 □否

4.本人考前14日内，是否从省外中高风险地区入闽。                               □是 □否

5.本人考前14日内，是否从境外（含港澳台）入闽。                               □是 □否

6.本人考前14日内是否与新冠肺炎确诊病例、疑似病例或已发现无症状感染者有接触史。  □是 □否

7.本人考前14日内是否与来自境外（含港澳台）人员有接触史。                     □是 □否

8. 过去14日内，本人的工作（实习）岗位是否属于医疗机构医务人员、公共场所服务人员、口岸检疫排查人员、公共交通驾驶员、铁路航空乘务人员。                                                    □是 □否

9.本人“八闽健康码”是否为橙码。                                              □是 □否

10.共同居住家庭成员中是否有上述1至7的情况。                                 □是 □否

**提示：**

**1.以上1-10项目中如有“是”的，新型冠状病毒核酸检测阴性报告须为考前7天内。**

**2.考试前14天内建议减少不必要出行，不聚餐、不聚会、勤洗手，正确佩戴口罩。**

**本人承诺：我已如实逐项填报健康申明卡，如因隐瞒或虚假填报引起检疫传染病传播或者有传播严重危险而影响公共安全的后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《中华人民共和国刑法》《治安管理处罚法》《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。**

本人签名：                                          填写日期：