|  |  |
| --- | --- |
| 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1 | 不限 | 市中医医院 | 大专 | 2 | 护理学专业，具备执业护士资格。 |
| 2 | 护理2 | 宁波大市 | 看守所 | 大专 | 1 | 护理学专业，具备执业护士资格。 |
| 3 | 护理3 | 不限 | 大隐分院 | 中专 | 1 | 护理学专业，具备执业护士资格。 |
| 4 | 护理4 | 不限 | 大隐分院 | 大专 | 1 | 护理学专业，具备执业护士资格，护师职称年龄放宽至1981年1月1日及以后出生。 |
| 5 | 护理5 | 宁波大市 | 凤山街道分院 | 大专 | 2 | 护理学专业，具备执业护士资格。 |
| 6 | 医学检验1 | 宁波大市 | 市中医医院 | 大专 | 2 | 医学检验、医学检验技术等相关专业。 |
| 7 | 医学检验2 | 不限 | 三七市分院 | 大专 | 1 | 医学检验、医学检验技术等相关专业。 |
| 8 | 医学影像诊断1 | 不限 | 三七市分院 | 大专 | 1 | 临床医学、医学影像诊断专业，具备执业医师资格。 |
| 9 | 医学影像诊断2 | 不限 | 凤山街道分院 | 大专 | 1 | 临床医学、医学影像诊断专业，具备执业医师资格。 |
| 10 | 医学影像技术 | 余姚 | 市中医医院 | 本科 | 1 | 医学影像技术专业。 |
| 11 | 药学1 | 余姚 | 市中医医院 | 本科 | 1 | 药学专业。 |
| 12 | 药学2 | 不限 | 凤山街道分院 | 大专 | 1 | 药学专业 |
| 13 | 药学3 | 不限 | 河姆渡分院 | 大专 | 1 | 药学专业，具备药士及以上资格。 |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |
| 14 | 药学4 | 不限 | 河姆渡分院 | 中专 | 1 | 药学专业，具备药士及以上资格。 |  |
| 15 | 中药学 | 不限 | 市中医医院 | 本科 | 4 | 中药学专业。 |
| 16 | 临床1 | 不限 | 市中医医院 | 本科 | 3 | 临床医学专业，从事内科，具备执业医师资格。 |
| 17 | 临床2 | 不限 | 大隐分院 | 大专 | 1 | 临床医学专业，具有执业助理医师资格及以上。 |
| 18 |  打字员 | 不限 | 市中医医院 | 高中 | 1 | 专业不限，从事超声科打字员工作。 |
| 19 | 消毒员 | 不限 | 市中医医院 | 高中 | 1 | 从事供应室消毒工作, 适合男性，年龄要求1976年1月1日及以后出生。 |
| 20 | 文秘 | 不限 | 大隐分院 | 大专 | 1 | 专业不限。 |

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及分院取消本人应聘、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** |