附件1

2024年公开招聘劳务派遣工作人员岗位计划表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **招聘岗位** | **招聘人数** | **专业要求** | **学历** | **其他条件** |
| 1 | 功能科 | 1 | 临床医学 | 专科及以上 | 同等条件下，有脑电图工作经验者优先 |
| 2 | 呼吸科 | 1 | 临床医学、护理 | 专科及以上 |  |
| 3 | 口腔科 | 1 | 护理 | 专科及以上 | 具有护士资格证 |
| 4 | 产科 | 1 | 临床医学、护理、助产 | 专科及以上 |  |
| 5 | 体检中心 | 1 | 护理 | 专科及以上 | 具有护士资格证 |

**附件2**

**大理大学第一附属医院报名登记表**

**报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | | | **性 别** |  | | **出生日期** |  | | | 证 件 照 |
| **籍 贯** |  | | | **民 族** |  | | **年 龄** |  | | |
| **政 治 面 貌** |  | | | **入党/团**  **时间** |  | | **婚姻状况** |  | | |
| **最高学历/学位** |  | | | | | | **毕业时间** |  | | |
| **联系电话** | |  | | | | | **身份证号** |  | | | |
| **毕业院校及专业** | |  | | | | | | | | | |
| **初始学历及专业** | |  | | | | **初始学历毕业学校和时间** | |  | | | |
| **资格证名称** | |  | | | | **资格取得时间** | |  | | | |
| **资格证编号** | |  | | | | **家庭住址** | | |  | | |
| **学习及工作经历（从大中专学习期间填起）** | | | | | | | | | | | |
| **起始日期** | | | **就读（工作）单位名称、所学(从事)专业** | | | | | | | **职务** | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
|  | | |  | | | | | | |  | |
| **承诺书** | | | | | | | | | | | |
| 本人郑重承诺：  上述填写内容和报名时提供的相关证件真实可靠，符合招聘公告的报名条件。如有不实，弄虚作假，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任。  承诺人： 填表日期： | | | | | | | | | | | |