|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **附件1：** | | | | | | | | | | | | |
| **梁子湖区2021年专项公开招聘基层医疗卫生专业技术人员岗位表** | | | | | | | | | | | | |
| **序号** | **市** | **县 （市、区）** | **招聘单位** | **招聘岗位** | | **招聘 人数** | **招聘条件** | | | | **政策咨询电话及联系人** | **备注** |
| **岗位 名称** | **专业 类别** | **学历** | **专业** | **其他 条件** | **招聘 对象** |
| 1 | 鄂州市 | 梁子湖区 | 太和镇中心卫生院 | 口腔科 | 口腔医学类 | 1 | 大专及以上 | 口腔医学 | 不限 | 45周岁及以下 | 张丽 027-60660190 |  |
| 2 | 鄂州市 | 梁子湖区 | 太和镇中心卫生院 | 临床医师 | 医疗卫生类 | 4 | 大专及以上 | 临床医学 | 不限 | 45周岁及以下 | 张丽 027-60660190 |  |
| 3 | 鄂州市 | 梁子湖区 | 涂家垴镇卫生院 | 临床医师 | 医疗卫生类 | 1 | 大专及以上 | 临床医学 | 不限 | 45周岁及以下 | 张丽 027-60660190 |  |
| 4 | 鄂州市 | 梁子湖区 | 沼山镇卫生院 | 临床医师 | 医疗卫生类 | 1 | 大专及以上 | 临床医学 | 不限 | 45周岁及以下 | 张丽 027-60660190 |  |
| 4 | 鄂州市 | 梁子湖区 | 沼山镇卫生院 | 妇幼医师 | 医疗卫生类 | 1 | 大专及以上 | 妇幼保健 | 不限 | 45周岁及以下 | 张丽 027-60660190 |  |
| 5 | 鄂州市 | 梁子湖区 | 东沟镇卫生院 | 临床医师 | 医疗卫生类 | 2 | 大专及以上 | 临床医学 | 不限 | 45周岁及以下 | 张丽 027-60660190 |  |

**附件2：**

**梁子湖区2021专项公开招聘基层医疗卫生**

**专业技术人员报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 照    片 |
| 籍贯 |  | 民族 | |  | | 政治面貌 | |  | |
| 学历 |  | 学位 | |  | | 联系电话 | |  | |
| 毕业时间、院校及专业 | |  | | | | | | | |
| 取得资格证时间及名称 | |  | | | | | | | |
| 现工作单位及职务 | |  | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | |
| 详细通讯地址 | |  | | | | | | | | |
| 报考单位 |  | | | | | | 报考岗位 | |  | |
| 学习  及工  作简  历 |  | | | | | | | | | |
| 家庭  成员  及主  要社  会关  系 | 姓名 | | 与本人关系 | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
|  | |  | |  | | | | | |
| 报名人  承  诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切法律责任。                           报名人签名：                 年    月   日 | | | | | | | | | |
| 单位  意见 | 负责人（签字）：           审核人（签字）：            年    月   日 | | | | | | | | | |