附件：1

重庆市南岸区所属重庆市第五人民医院2017年下半年公开考核招聘博士研究生岗位一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招聘单位 | 岗位名称 | 岗位类别及等级 | 招聘 名额 | 基本条件 | | | |
| 学历（学位） | 专业 | 年龄 | 其他条件 |
| 1 | 重庆市第五人民医院 | 普外科  医师 | 专技10级 | 1 | 全日制普通高校研究生学历  并取得博士学位 | 外科学  （肝胆方向） | 50周岁  及以下 | 具有主治医师专业技术资格证 |

附件2：

重庆市南岸区考核招聘专业技术人员报名表

报考单位： 报考岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | | | | | 性别 | |  | | | | | | 民族 | | | | |  | | | | | |  | | | | | |
| 出生年月 |  | | | | | | 籍贯 | |  | | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | | | | |
| 现户籍地 |  | | | | | | | | | | | | | | 婚姻状况 | | | | |  | | | | | |
| 人事档案  保管单位 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 学历  （学位） | 全日制  教　育 | | |  | | | | 毕业时间 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毕业院校  及 专 业 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身份证号 |  |  | | |  |  | |  | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | | |  | |  |  |  |
| 现工作单位及职务 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 单位  性质 | | | |  | | | | | | | | | |
| 联系方式 | 通信  地址 | | 邮编： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 电子  邮件 | |  | | | | | | | | | 手机 | | | |  | | | | | | | | | 座机 | | |  | | | |
| 职称、职业资格证书、专业证书 |  | | | | | | | | | | | | | | | 取得  时间 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 应聘人员  签 名 | 本人确认自己符合拟报考岗位所需的资格条件，无简章规定的不属于考核招聘范围的情形，所提供的材料真实、有效，如经审查不符，承诺自动放弃考试和聘用资格。  应聘人签字：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | 资格  审查  意见 | | | 审查人签字:  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |

附件3

同意报考（工作经历）证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  |
| 民 族 |  | 学 历 |  | 政治面貌 |  |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 从事  工作  及表现 | 该同志于 年 月至 年 月在我单位从事 工作。  工作表现：  特此证明 | | | | |
| 单位  意见 | 所从事工作是否属实：  是否同意报考：  单位负责人签字： (单位盖章)  单位联系电话：  年 月 日 | | | | |
| 主管部门意见 | 是否同意报考：  部门负责人签字： (单位盖章)  联系电话：  年 月 日 | | | | |