**附件1：招聘职位及指标**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编码 | 职位名称 | 学历 | 专业 | 工作单位 | 数量 | 其他要求 |
| 1 | 临床（一） | 专科及以上 | 临床医学 | 市四院 | 1 | 要求具有执业医师资格 |
| 2 | 临床（二） | 专科及以上 | 临床医学 | 市四院 | 2 | 要求具有执业助理医师资格 |
| 3 | 临床（三） | 专科及以上 | 临床医学 | 市四院 | 3 |  |
| 4 | 临床（四） | 专科及以上 | 临床医学 | 临山分院 | 2 |  |
| 5 | 口腔 | 专科及以上 | 口腔医学 | 市四院 | 1 |  |
| 6 | 康复治疗 | 专科及以上 | 康复治疗学 | 市四院 | 2 |  |
| 7 | 护理（一） | 专科及以上 | 护理学 | 市四院 | 25 | 要求具有护士执业资格 |
| 8 | 护理（二） | 中专及以上 | 护理学 | 市四院 | 1 | 要求具有护士执业资格 |
| 9 | 护理（三） | 中专及以上 | 护理学 | 临山分院 | 5 |  |
| 10 | 护理（导医） | 中专及以上 | 护理学 | 市四院 | 8 | 限宁波户籍，要求具有护士执业资格 |
| 11 | 检验 | 专科及以上 | 医学检验 | 市四院 | 2 |  |
| 12 | 医学影像诊断  （从事放射）（一） | 本科及以上 | 医学影像学、临床医学 | 市四院 | 1 | 要求具有执业医师资格 |
| 13 | 医学影像诊断  （从事放射）（二） | 专科及以上 | 医学影像学、临床医学 | 临山分院 | 1 |  |
| 14 | 医学影像技术  （从事放射）（一） | 专科及以上 | 医学影像学、  医学影像技术、临床医学 | 市四院 | 1 | 要求具有技士职称 |
| 15 | 医学影像技术  （从事放射）（二） | 中专及以上 | 医学影像学、  医学影像技术 | 临山分院 | 1 |  |
| 16 | 药剂（一） | 专科及以上 | 药学 | 市四院 | 4 |  |
| 17 | 药剂（二） | 中专及以上 | 药学 | 临山分院 | 2 |  |
| 18 | 中药 | 专科及以上 | 中药学 | 市四院 | 1 |  |
| 19 | 挂号收款 | 专科及以上 | 专业不限 | 市四院 | 3 |  |
| 20 | 总务后勤 （电工） | 高中及以上 | 专业不限 | 市四院 | 1 | 要求具有低压电工许可证 |
| 合 计 | |  |  |  | 67 |  |

**附件2：**

**余姚市第四人民医院医共体招聘编外人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | 1寸照片 |
| 性别 |  | 出生年月 | |  | | | | | | | | | 学历/学位 | | | | |  | | | | | |
| 毕业时间 |  | 毕业院校 |  | | | | | | | | | | 所学专业 | | | | |  | | | | | |
| 职称 |  | | 执业资格 | | | | |  | | | | | 政治面貌 | | | | |  | | | | | |
| 家庭地址 |  | | 邮编 | | | | |  | | | | | 移动电话 | | | | |  | | | | | | |
| 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第四人民医院取消本人应聘、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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |