附件1

灵璧县卫健系统2023年事业单位校园招聘岗位计划表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **招聘单位** | **招聘计划数** | **岗位条件和要求** | | | **具体招聘计划数** | **联系人** | **联系电话** | **备注** |
| **招聘专业** | **学历要求** | **学位要求** |
| 灵璧县中医医院 | 30 | 临床医学 | 全日制本科  及以上 | 学士  及以上 | 13 | 韩伟 | 13955797573 |  |
| 口腔医学 | 全日制本科  及以上 | 学士  及以上 | 2 |  |
| 医学影像学 | 全日制本科  及以上 | 学士  及以上 | 1 |  |
| 中医学 | 全日制本科  及以上 | 学士  及以上 | 10 |  |
| 中西医临床医学 | 全日制本科  及以上 | 学士  及以上 | 4 |  |

附件2

**灵璧县卫健系统2023年事业单位校园招聘资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | | | | | 出生年月 |  |
| 政治面貌 |  | | 学历 |  | | 学位 |  |
| 本科毕业院校及专业 |  | | | | | 毕业时间 |  |
| 研究生毕业院校及专业 |  | | | | | 毕业时间 |  |
| 户籍所在地 |  | | | | | | | |
| 家庭详细住址 |  | | | | | 联系电话 | |  |
| 曾获何种专业证书 |  | | | | | | | |
| 报考单位及岗位 |  | | | | | | | |
| 个人简历 |  | | | | | | | |
| 奖惩情况 |  | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓名 | | | 工作单位及职务 | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
|  |  | | |  | | | |
| 备注 |  | | | | | | | |

说明：

1.请报考者认真阅读《招聘公告》后如实准确填写。报考者隐瞒有关情况或提供虚假材料的，取消其考试或聘用资格，并按有关规定严肃处理。

2.个人简历请从高中开始填写。

附件3

**诚信承诺书**

我已仔细阅读《灵璧县卫健系统2023年事业单位校园招聘公告》内容及相关注意事项，对照自身情况，符合报考条件。我郑重承诺如下：

本人所填写（提供）的个人基本情况、学历、专业等各类报考信息均真实有效。本人自觉遵守招聘的各项规定，诚实守信，严守纪律，认真履行报考人员的义务。

如因不符合招聘条件在招聘过程中被取消资格，后果由报考人员本人承担。如有伪造、变造、冒用有关证件、材料骗取考试资格的，恶意报名干扰正常报名秩序的，一经发现，接受取消本次招聘资格，并按国家相关规定严肃处理。

　 本人签名：

身份证号：

2023年 月 　日