**附件1**

德阳市罗江区2024年大学生乡村医生专项计划招聘岗位一览表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **岗位编码** | **主管部门** | **招聘单位** | **计划招**  **聘数**  **（14）** | **派驻村卫生室** | **专业要求** | **学历要求** | **备注** |
| **1** | **050324001** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **金山镇中心卫生院** | **2** | **金山镇罗家湾村卫生室**  **金山镇马驰村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** | **报考者需符合报考执业（助理）医师资格考试要求。** |
| **2** | **050324002** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **鄢家镇中心卫生院** | **1** | **鄢家镇回龙场村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** |
| **3** | **050324003** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **略坪镇中心卫生院** | **3** | **略坪镇长玉村卫生室**  **略坪镇联丰村卫生室**  **略坪镇安平村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** |
| **4** | **050324004** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **白马关镇卫生院** | **2** | **白马关镇宝峰村卫生室**  **白马关镇海棠村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** |
| **5** | **050324005** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **新盛镇卫生院** | **4** | **新盛镇土城村卫生室**  **新盛镇天鹅村卫生室**  **新盛镇罗汉村卫生室**  **新盛镇东岳村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** |
| **6** | **050324006** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **万安镇卫生院** | **1** | **万安镇玉脑村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** |
| **7** | **050324007** | **德阳市罗江区卫生健康局** | **调元镇卫生院** | **1** | **调元镇文星村卫生室** | **临床医学类、中医学类、中西医结合类** | **大专及以上** |

**附件2**

德阳市罗江区2024年大学生乡村医生专项计划招聘报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |  | | 性  别 | |  | | 出生年月 | | |  | 寸  照 |
| 民  族 |  | | 政治面貌 | |  | | 入党时间 | | |  |
| 婚姻状况 |  | | 户  籍  所 在 地 | |  | | 参加工作  时 间 | | |  |
| 身 份 证  号  码 |  | | | | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | 手机号码 | | |  | |
| 学 历  学 位 |  | | | | | | 所学专业 | | |  | |
| 毕 业  院 校 |  | | | | | | 毕业时间 | | |  | |
| 专业技术职称或执业资格 |  | | | | | | 取得专业技术职称时间 | | |  | |
| 招聘单位及岗位编码 |  | | | | | | 是否接受  调 剂 | | | 是  否  | |
| 个人简历（高中起） |  | | | | | | | | | | |
| 与报考岗位相关的实践经历或取得的成绩、资格证书等 |  | | | | | | | | | | |
| 家庭成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | 姓 名 | | 年 龄 | | 政 治  面 貌 | | 工 作 单 位 及 职 务 | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | | |
| 报考  人员  承诺 | 本人承诺填写的信息及提供的材料均合法、真实、有效，符合应聘岗位所需的资格条件。如有弄虚作假或填写失实、失误，承诺放弃考核或录取聘用资格，并承担由此造成的一切后果。    报考人员签名：  年   月   日 | | | | | | | 资格审查  意见 | 初审意见：  初审人签名：  复审意见：  复审人签名：  年  月  日 | | |
| 备  注 | 1.考生须如实填写以上内容，如填报虚假信息者，取消考核或录取聘用资格；  2.资格审查合格的，考生现场确认后由区卫健局留存此表；  3.考生需保持联系方式有效、畅通，以便联系。  4.本表一式一份，并附身份证、毕业证书等所需审核资料复印件，报名时提供原件审核。 | | | | | | | | | | |