附件1

**2022年长汀县总医院及疾控中心赴医学院校公开招聘医疗卫生专业技术人员岗位表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **招聘单位** | **岗位名称** | **单位性质** | **招聘人数** | **学历** | **学位** | **专业** | **性别** | **年龄** | **招聘范围** | **其他条件** | **备注** |
| 1 | 福建省汀州医院 | 临床医师（一） | 财政核补 | 10 | 本科及以上 | 学士或以上 | 临床医学 | 不限 | 30周岁及以下 | 全市 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 2 | 福建省汀州医院 | 病理科医师 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 临床医学 | 不限 | 30周岁及以下 | 全市 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 3 | 福建省汀州医院 | 口腔科医师 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 口腔医学 | 不限 | 30周岁及以下 | 全市 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 4 | 长汀县妇幼保健院 | 超声科医师 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 医学影像学（五年制） | 不限 | 30周岁及以下 | 全市 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 5 | 长汀县妇幼保健院 | 麻醉科医师 | 财政核补 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 麻醉学 | 不限 | 30周岁及以下 | 全市 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 6 | 长汀县疾病预防控制中心 | 疾控科医师、卫生科医师 | 财政核拨 | 3 | 本科及以上 | 学士或以上 | 预防医学、公共卫生与预防医学 | 男 | 30周岁及以下 | 不限 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 7 | 长汀县疾病预防控制中心 | 疾控科医师、卫生科医师 | 财政核拨 | 2 | 本科及以上 | 学士或以上 | 预防医学、公共卫生与预防医学 | 女 | 30周岁及以下 | 不限 | 2022年应届毕业生 |  |
| 8 | 长汀县疾病预防控制中心 | 卫生科医师 | 财政核拨 | 1 | 本科及以上 | 学士或以上 | 临床医学、医学影像学（五年制）、放射医学 | 不限 | 30周岁及以下 | 不限 | 2022年应届毕业生 | 　 |
| 9 | 福建省汀州医院 | 临床医师（二） | 财政核补 | 不限 | 研究生及以上 | 硕士或以上 | 临床医学类 | 不限 | 35周岁及以下 | 全市 |  | 　 |

附件2

**2022年长汀县总医院及疾控中心赴医学院校公开招聘**

**医疗卫生专业技术人员报名表**

**报考单位： 报考专业： 报考岗位：**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 户籍所在地 |  | 近期免冠1寸彩照 |
| 政治面貌 |  | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |  | **报考****岗位** |  |
| 学历 |  | 毕业时间、院校及专业 |  |
| 专业技术资格及获取时间 |  | 规培合格证及获取时间 |  |
| 身体状况 |  | 联系电话 | 本人 |  |
| 是否过敏体质 |  | 家属 |  |
| 个人简历（高中起） |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | **称谓** | **姓名** | **出生年月** | **政治面貌** | **工作单位及职务** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **本人承诺：1.本表内容及提供的有关材料依据真实、合法、有效，符合招聘方案（公告）的报考条件。如有不实，本人自愿放弃聘用资格并承担相应责任及由此造成的一切后果；****2.本人对招聘方案（公告）已知悉，并认可有关规定。**承诺人(签名): 年月日 |
| 审核人意见 |  | 审核人签名：年 月 日 |

附件3

**2022年长汀县总医院及疾控中心赴医学院校**

**公开招聘医疗卫生专业技术人员报考承诺书**

本人 ，性别，身份证号：，参加2022年长汀县医疗卫生单位校园公开招聘，报考单位: ,报考岗位: ，承诺能在公告规定时间内提供岗位要求的毕业证、学位证，若未能在规定时间内提供上述证书，自愿放弃本次聘用资格，并承担相应责任及由此造成的一切后果。

承诺人（盖章）：

联系电话:

年 月 日

附件4

**2022年长汀县总医院及疾控中心赴医学院校公开招聘**

**医疗卫生专业技术人员考试考生健康申明卡及安全考试承诺书**

姓名： 性别： 准考证号：

身份证号： 有效手机联系方式：

本人考前14日内住址（请详细填写，住址请具体到街道/社区及门牌号或宾馆地址））

本人本次考试前 48小时内新冠病毒核酸检测结果□阴性□阳性

1.本人是否属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者。 是否

2.本人考前 14 日内，是否出现发热、干咳、乏力、鼻塞、流涕、咽痛、腹泻等症状。 是否

3.本人考前 14 日内，是否在居住地有被隔离或曾被隔离且未做核酸检测。 是否

4.本人考前 14 日内，是否从省外中高风险地区入闽。 是否

5.本人考前 14 日内，是否从境外（含港澳台）入闽。 是否

6.本人考前 14 日内是否与新冠肺炎确诊病例、疑似病例或已发现无症状感染者有接触史。 是否

7.本人考前 14 日内是否与来自境外（含港澳台）人员有接触史。 是否

8.过去 14 日内，本人的工作（实习）岗位是否属于医疗机构医务人员、公共场所服务

人员、口岸检疫排查人员、公共交通驾驶员、铁路航空乘务人员。 是否

9.本人“八闽健康码”是否为非绿码。 是否

10.共同居住家庭成员中是否有上述 1 至 7 的情况。 是否

提示：考试期间建议减少不必要出行，不聚餐、不聚会、勤洗手，正确佩戴口罩。

本人承诺：我将如实逐项填报健康申明卡，如因隐瞒或虚假填报引起检疫传染病传播或者有传播严重危险而影响公共安全的后果，本人将承担相应的法律责任，自愿接受《中华人民共和国刑法》《治安管理处罚法》《传染病防治法》和《关于依法惩治妨害新型冠状病毒感染肺炎疫情防控违法犯罪的意见》等法律法规的处罚和制裁。

本人签名： 填写日期：