# 海曙区卫生健康局2022年公开

# 招聘编外聘用工作人员公告

　 海曙区卫生健康局因工作需要，现面向社会公开招聘编外聘用工作人员1名，有关事项公告如下：

　　一、招聘原则和办法

招聘工作坚持公开、平等、竞争、择优原则，通过公开报名、资格复审、面试、体检等程序实施。

　　二、招聘岗位及要求

海曙区卫生健康局工作人员1名。

　（一）基本要求：

　　1.遵守国家法律、法规，具有良好的政治素养、职业道德;

　　2.品行端正，服从分配，有较强服务意识;

　　3.身体健康且能胜任岗位工作;

　　4.具备岗位要求的资格或能力;

　　5.年龄35周岁及以下(特别优秀的可适当放宽);

　　6.宁波市常住户口。

　　（二）岗位具体要求：

1.具有大学专科及以上学历，汉语言文学、文秘、管理类、医学类等相关专业；

2.具有较强的沟通协调能力；

3.有文字工作经验、熟悉办公软件等优先。

　　（三）报名流程

　　应聘人员将招聘报名登记表、身份证、毕业证书等相关证明材料以扫描件形式发送至指定邮箱（hsweijj@163.com ）。区卫健局确定初选名单后，通知入选者携带有关证件原件和复印件及附近期免冠照一张前来资格复审、面试。按程序从面试、体检合格人员中择优录用。

　　单位地址：海曙区苍水街131号7号楼（区卫健局）。

　　咨询电话：0574-89297730（周一至周五工作时间）。

联系人：杨老师。

　三、招聘程序

　　（一）报名方式

1.报名邮箱：hsweijj@163.com。

2.报名时间：自公告发布之日起至2022年12月22日止。

　　3.报名资料：

（1）《海曙区卫生健康局招聘编外聘用工作人员报名登记表》；

　　（2）个人简要情况介绍；

　　（3）身份证、毕业证书、相关专业等证书；

报名资料应真实准确，凡弄虚作假的，一经查实，即取消报名资格。

　　（二）面试

　　具体时间及地点另行通知。

1. 体检

体检时间另行通知。

体检标准和程序参照公务员录用体检通用标准执行。

　　应聘人员不按规定的时间、地点参加体检的，视作放弃体检。体检不合格者淘汰。体检费用由应聘人员自理。

　　（四）录用

　　办理聘用手续时，无正当理由未在规定时间内办理手续的，视作自动放弃。在办理报到手续时，若发现应聘人员不符合招聘条件的，取消聘用资格。聘用人员不足时，短期内可酌情从合格人员中从高分到低分依次给予补录，由本单位自行组织。

1. 聘用方式

实行劳务派遣方式。

附件：海曙区卫生健康局招聘编外聘用工作人员报名登记表

　　 海曙区卫生健康局

2022年12月13日

附件

海曙区卫生健康局招聘编外聘用工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 身份证号 |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | 近期  免冠  一寸彩照 |
| 户口  所在地 | | |  | | 民族 |  | | | | | 性别 | | | |  | | | 政治  面貌 | | | | |  | | | | |
| 最高  学历 | | | 全日制教育 | |  | | | | | | 毕业时间 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 在职教育 | |  | | | | | |
| 参加工作时间 | | |  | | 出生年月 |  | | | | | 专业技  术职称 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 专业技  术职称取得时间 | | |  | | | | | | | | 执业证书注册范围 | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 联系  地址 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 固定电话 | | | | | | |  | | | |
| 移动电话 | | | | | | |  | | | |
| E-mail | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 邮 编 | | | | | | |  | | | |
| 最高学历毕业院校 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 所学专业 | | | | | | |  | | | |
| 现工作单位 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 工作职务 | | | | | | |  | | | |
| 个  人  简  历 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **本人声明：上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿承担一切法律责任。**  **申请人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 报审考核单意位见 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | 区卫生健康局意见 | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |