2020年嵊州市卫生健康局下属事业单位

第三次公开招聘工作人员公告

为提高我市医疗卫生单位专业技术水平，根据《浙江省事业单位公开招聘人员暂行办法》和《绍兴市事业单位公开招聘工作实施细则（试行）》有关规定，经研究决定公开招聘工作人员**45**名。招聘工作有关事项公告如下：

一、招聘计划

具体的招聘单位、岗位及条件详见《2020年嵊州市卫生健康系统第三次公开招聘工作人员计划表》（附件1）。

二、招聘条件

（一）具有中华人民共和国国籍，遵纪守法，品行端正，愿意履行事业单位工作人员的义务；

（二）具有与招聘岗位要求相适应的学历、学位、专业等条件；

（三）年龄要求在35周岁及以下（1984年11月4日之后出生），博士研究生、副高职称及以上人员年龄要求在45周岁及以下（1974年11月4日之后出生）。

（四）应聘对象不限户籍范围;

（五）具有适应岗位工作要求的身体条件；

（六）具备本公告规定的其他条件。

三、招聘程序与方法

本次招聘工作包括报名、考试、体检、考察、公示、聘用等程序。

1. **报名**

1.报名时间：**2020年11月4日（周三）-11月5日（周四）上班时间（8:30-12:00，14:00-17:00），**逾期不再受理。

2.报名地点：嵊州市老年活动中心（北直街303号，烟草公司斜对面）。

3.报名需提供材料：**每人须自行打印报名表一份（附件2），并粘贴近期一寸彩色免冠照片（电子照片可彩打）。**

考生还须提供：身份证、毕业证书、学位证书、教育部学历证书电子注册备案表及其他报考职位所需的证件（证明）原件及复印件；研究生学历毕业生还须提供执（专）业资格证书（或成绩单）原件及复印件。

除按上述要求外，2018年及以前的毕业生还须提供执（专）业资格证书（或成绩单）；留学人员须提供教育部中国留学服务中心出具的境外学历、学位认证书原件及复印件；委培生须提供委托培养单位同意报考的书面证明；若应聘人员是机关、事业单位在编人员，还应提供所在单位和主管部门同意报考的证明（同意报考证明必须在**2020年10月5日以后**出具的方为有效），不能提供的，视作不符合应聘要求。嵊州市本系统在编人员或拟签约人员不得报考。

每人限报一个岗位，多报的岗位无效。同时，考生所报考的岗位一经确认，不得更改。

资格初审通过人数不足招聘计划数3倍的岗位，将根据招聘主管部门意见适当降低招聘比例或核减、取消招聘计划。已报考但要取消招聘计划岗位的应聘人员由招聘单位及时联系，并允许其改报其他符合应聘条件的岗位。

1. **考试**

采用分类考试形式，招聘条件学历要求为硕士/研究生及以上或其他条件要求为中级职称及以上的岗位考生采取直接面试的考试方式；其他职位考生采取笔试加面试的考试方式。

**1.笔试。笔试时间初定为11月14日（周六）上午，最终考试时间和地点以准考证为准，**考试不指定参考复习用书，考试科目详见公开招聘工作人员计划表（附件１）。笔试满分为100分，低于60分为不合格。笔试不合格者，不列入面试对象。

**2.面试。**采用结构化面试方法。在笔试合格人员中根据招聘计划从高分到低分按照1：3比例确定面试对象(其中，招聘计划3名及以上的岗位，按1：2确定),出现不足规定比例的，按实际人数确定面试对象。面试成绩满分为100分，低于60分为不合格。面试不合格者，不列入体检、考察对象。面试时间另行通知。如在规定时间内不参加面试的，作自动放弃处理，相关职位不再递补。

直接面试的职位根据面试成绩（总成绩＝面试成绩）从高分到低分按招聘人数等额确定体检、考察对象；其他职位笔试、面试成绩合并计算总成绩（即总成绩＝笔试成绩×40%＋面试成绩×60%），根据总成绩从高分到低分（如总成绩相同，分别以笔试成绩、学历、执业资格序列高者列前）按招聘人数等额确定体检、考察对象。

**（三）体检和考察**

**时间：**体检、考察时间另行通知。

体检参照《公务员录用体检通用标准（试行）》及《公务员录用体检操作手册（试行）》（人社部发〔2016〕140号）相关规定执行。对体检合格人员进行考察，考察由招聘单位负责，参照公务员录用考察工作相关规定执行。因在体检、考察中放弃或体检、考察不合格而产生的缺额在该岗位面试合格的应聘人员中按总成绩从高分到低分依次递补。

**（四）自主择岗**

招聘单位为市属医院、医共体分院的聘用对象按总成绩从高分到低分依次自主选择招聘单位，具体时间另行通知，如在规定时间内不做选择，作自动放弃处理,相应岗位不再递补。

**（五）公示和聘用**

考察合格人员确定为拟聘用对象，在嵊州市人民政府网站进行为期7个工作日的公示，公示无异议的，办理相关聘用手续。对有问题反映的一时难以查实的，将暂缓聘用，待查清后再决定是否聘用；对反映有影响聘用问题查有实据的，不予聘用，相应岗位不再递补。

批准聘用的人员必须在规定的时间内报到,有工作单位的拟聘用人员，在聘用之前须与原用人单位解除聘用（劳动）关系后办理聘用手续。

四、疫情防控相关要求

1.考生均须提前通过支付宝、浙里办等平台申领“浙江健康码”，**并在参加报名前一天如实填报《考生健康申报表》（附件3），**进入现场前交现场工作人员,未提交者不允许参加现场报名。

2.考生要服从考场工作人员测温、引导，避免人员聚集，全程须戴好口罩，与他人保持1米间隔。浙江健康码为绿码、体温正常，佩戴口罩后方能进入现场报名或考点考试。

3.国（境）外入境考生、国内重点地区考生、既往感染者（确诊病例或无症状感染者）、感染者的密切接触者，应主动向嵊州市卫生健康局报告，并提供相关证明材料，不能提供证明材料的，不能参加本次考试。

4.如考生刻意隐瞒接触史、旅居史、故意谎报病情或拒不执行疫情防控措施的，将严肃追究其法律责任。

5.如省、市防控办出台新的疫情防控要求，则按最新要求执行。

五、其他

1．应聘人员有下列行为之一的，应取消聘用资格。构成犯罪的，依法追究刑事责任。

（1）报名材料或信息不实，恶意注册报名信息或通过伪造、涂改证件等不正当手段获取应聘资格，扰乱报名秩序和招聘工作安排的；

（2）在公开招聘考试中违反人事考试纪律的；

（3）在考察过程中弄虚作假，或串通他人隐瞒事实，妨碍考察工作正常进行或影响考察结论的；

（4）故意隐瞒影响聘用的疾病或病史，或在体检过程中串通体检工作人员作弊，或通过请他人顶替体检以及交换、替换化验样本等方式进行作弊，影响体检结论的；

（5）攻击公开招聘公告发布网站，扰乱公开招聘秩序的；

（6）招聘结果公布后，为达到个人目的，造谣诽谤，恶意举报他人，造成恶劣影响的；

（7）有其它严重违纪违规和违法行为的。

2.资格审查将贯穿公开招聘的全过程。

3.本次招聘进入事业单位的工作人员5年内不得调动。

4.根据全省统一要求，聘用后需参加住院医师规范化培训。聘用人员3年内未取得相应岗位从业所需的执业资格和规培合格证的，到期后不再续聘。

5.嵊州市人民医院医共体总院、嵊州市中医院医共体总院、嵊州市妇幼保健院聘用人员为事业编制报备员额制，列入事业单位编制实名制管理，执行事业单位各项人事管理制度。

**6.应聘者须于2020年11月13日（周五）上班时间（8:30-12：00，14:00-17:00）持本人身份证到嵊州市卫健局420办公室（三江街道兴旺街1号）领取笔试准考证，请考生合理安排好时间，如未在规定时间领取者，作自动放弃处理。**

7.本次招聘的信息、实施过程有关情况及拟聘人员公示信息均在以下网站公布：嵊州市人民政府网（http://www.szzj.gov.cn/col/col1562689/index.html）

请应聘者注意浏览，并欢迎社会各界监督。

招聘信息中未尽事宜，由嵊州市卫生健康局按有关规定解释。咨询电话：0575-83275215、0575-83275278（嵊州市卫健局人事科）。

附件：

1.2020年嵊州市卫生健康系统第三次公开招聘工作

人员计划表

2.2020年嵊州市卫健局下属事业单位公开招聘报名

表

3.考生健康申报表

嵊州市卫生健康局

嵊州市人民医院（浙大一院嵊州分院）医共体

嵊州市中医院医共体

2020年10月23日

附件1：

**2020年嵊州市卫生健康系统第三次公开招聘工作人员**

**计 划 表**

| 序号 | 招聘单位 | 经费形式 | 岗位名称 | 招聘人数 | 专 业 | 学历学位要求 | 其他 | 考试科目 |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 市人民医院（浙大一院嵊州分院）医共体总院 | 差额拨款 | 心血管内科 | 1 | 内科学 | 硕士/研究生及以上 |  |  |
| 2 | 神经内科 | 1 | 神经病学、内科学 | 硕士/研究生及以上 |  |  |
| 3 | 麻醉 | 1 | 麻醉学、临床医学 | 全日制本科/学士及以上 | 麻醉学中级及以上职称 |  |
| 4 | 放疗 | 1 | 内科学、肿瘤学 | 硕士/研究生及以上 | 放射肿瘤治疗学副高及以上职称 |  |
| 5 | 临床一组 | 4 | 临床医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 6 | 财务科一组 | 3 | 会计学、财务管理 | 全日制本科/学士及以上 |  | 综合知识 |
| 7 | 市中医院医共体总院 | 差额拨款 | 肛肠科 | 1 | 临床医学 | 全日制本科/学士及以上 | 外科专业副高及以上职称 |  |
| 8 | 急重症学科 | 1 | 中医内科学、中西医结合 | 硕士/研究生及以上 | 具有规培证明及规培证书 |  |
| 9 | 放射科 | 1 | 医学影像技术 | 全日制大专及以上 | 具有DSA技师上岗证 | 医学基础知识 |
| 10 | 临床二组 | 3 | 临床医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 11 | 护理一组 | 3 | 护理学 | 全日制本科/学士及以上 | 具有护士资格考试合格证明或护士资格证 | 医学基础知识 |
| 12 | 财务科二组 | 2 | 会计学、财务管理 | 全日制本科/学士及以上 |  | 综合知识 |
| 序号 | 招聘单位 | 经费形式 | 岗位名称 | 招聘人数 | 专 业 | 学历学位要求 | 其他 | 考试科目 |
| 13 | 市属医院（市人民医院、市中医院、市第五人民医院） | 差额拨款 | 医学影像一组 | 4 | 临床医学、医学影像学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 14 | 市妇幼保健院 | 差额拨款 | 临床三组 | 2 | 临床医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 15 | 中医 | 1 | 中西医结合类、中医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 16 | 市第五人民医院 | 差额拨款 | 精神科 | 1 | 临床医学、精神医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 17 | 市疾控中心 | 全额拨款 | 预防医学 | 1 | 预防医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 18 | 临床四组 | 1 | 临床医学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 19 | 医学检验一组 | 1 | 卫生检验与检疫 | 全日制本科/学士及以上 | 限男性 | 医学基础知识 |
| 20 | 医学检验二组 | 1 | 卫生检验与检疫 | 全日制本科/学士及以上 | 限女性 | 医学基础知识 |
| 21 | 市妇幼与老年健康服务中心 | 全额拨款 | 医学影像二组 | 1 | 临床医学、医学影像学、 | 全日制大专及以上 | 从事妇科检查，建议女性报名 | 医学基础知识 |
| 22 | 医共体分院 | 差额拨款 | 医学影像三组 | 2 | 医学影像学 | 全日制本科/学士及以上 |  | 医学基础知识 |
| 23 | 护理二组 | 4 | 护理学 | 全日制本科/学士及以上 | 具有护士资格考试合格证明或护士资格证 | 医学基础知识 |
| 24 | 中药房 | 4 | 中药学 | 全日制大专及以上 |  | 医学基础知识 |

附件2

**2020年嵊州市卫健局下属事业单位公开招聘报名表**

序 号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期彩色照片（一寸） |
| 身份证号 |  | 户籍所在地 |  |
| 是否全日制普通院校毕业生 |  | 是否应届生 |  |
| 学 历 |  | 何时何校何专业毕业（自考、函授等请注明）  |  |
| 执业资格种类 |  | 专业技术职务 |  |
| 通讯地址 |  | 联系电话 | 宅 电 |  |
| 手 机 |  |
| 现工作单位 |  | 工作时间 |  | 是否签订劳动合同 |  |
| 报考岗位序号及名称 |  |  | 招聘单位 |  |
| 个人简历 | （从高中开始填写） |
| 何时何地何原因受过何种奖励或处分 |  |
| 考生承诺 | **上述填写内容真实完整。如有不实，本人愿意承担被取消资格的责任。**承诺人签名（手写）： 年 月 日 |
| 主管部门审查意见 |   年 月 日 |

注：1.此表一式一份，由考生本人逐项填写后打印并手写签名。

2.招聘单位，报考岗位的序号及名称请按附件“公开招聘工作人员计划表”内容正确填写。

附件3：

考生健康申报表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 户籍 |  |
| 就读学校或现工作单位 |  | 手机号码 |  |
| 现居住地 |  | 身份证号码 |  |
| 目前身体状况 |  | 浙江“健康码”颜色 | 绿色 | 黄色 | 红色 |
|  |  |  |
| 近14天内是否一直在浙江省范围 | 是□ 否□ |
| 近14天以来行程轨迹（应注明具体时间、地点及出行交通方式。近14天未离开过浙江省范围则填写“一直在浙江”） |  |
| 本人是否是确诊病例或无症状感染者及治疗情况 |  |
| 近14天内，是否来自或途经国（境）外和山东青岛地区 |  | 核酸、抗体检测情况 |  |
| 是否被当地认定为密切接触者并接受隔离医学观察 |  |
| 直系亲属及共同居住人健康状况 |  |
| 其他需要说明的情况 |  |
| 考生承诺 | 本人承诺，以上填报内容全部属实，如有不实，本人愿意承担相应法律责任。考生亲笔签名：2020年 月 日 |