**招聘公告**

齐齐哈尔市五官医院始建于1980年，建筑面积1.3万平方米，编制床位300张，年门诊量15万人次，是隶属于齐齐哈尔市卫生健康委员会的非营利性公益二类卫生事业单位。是我市白内障定点专科医院，国际“微笑列车”唇腭裂免费手术定点医院，中国儿童口腔疾病综合干预项目合作单位，市口腔医学医疗质量控制中心主任单位，齐齐哈尔医学院教学医院。主要承担眼、耳鼻咽喉、口腔领域疾病治疗、临床医学教育、科研、预防、保健、康复等任务。

根据市五官医院岗位需求，拟面向社会公开招聘医生岗位合同制工作人员。现将有关事项公告如下。

**一、招聘条件**

（一）具有中华人民共和国国籍，拥护中国共产党的领导，遵守中华人民共和国宪法、法律，品行端正；

（二）热爱医疗卫生事业，具有良好的政治、思想、道德素质齐齐哈尔市，服从单位对岗位的安排和调整；

（三）具备适应岗位要求的年龄、身体条件；

（四）以下情况者，不得参加。因犯罪受过刑事处罚人员、被开除公职人员，有精神病史的人员，以及其他依照法律、法规规定不得招聘为事业单位工作人员的人员，不得应聘。

**二、岗位、人数及具体要求**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **岗位** | **招聘人数** | **年龄要求** | **学历要求** | **专业要求** | **岗位具体要求** |
| **耳鼻咽喉科医生** | **2** | **35周岁及以下** | **全日制本科及以上** | 临床医学或眼耳鼻咽喉专业 | 具有执业医师证，执业范围眼耳鼻咽喉科专业， |
| **影像科医生** | **1** | **35周岁及以下** | **全日制本科及以上** | 医学影像专业 | 具有执业医师证，执业范围医学影像和放射治疗专业 |
| **眼功能科医生** | **1** | **35周岁及以下** | **全日制本科及以上** | 医学影像专业 | 具有执业医师证，执业范围医学影像和放射治疗专业 |

**三、招聘程序**

**（一）报名时间、地点及要求**

**1、报名时间：2025年6月16日- 6月20日。**

**2、报名地点：齐齐哈尔市五官医院人事科（齐齐哈尔市建华区文化大街197号5楼）咨询电话：0452-2741817。**

**3、报名要求：现场报名，需提供《报名表》及附件，报名表（附后）、二代身份证、毕业证书（2002年以后取得的学历另需提供《教育部学历证书电子注册备案表》，近期2寸蓝底免冠照片1张。**

**（二）资格审查**

**招聘工作领导小组审查报名人员资格，确定进入考试程序人选。**

**（三）考试考核包括理论考试和面试二个阶段。**

**理论考试采取笔试，满分为50分。**

**面试采取结构化面试方式，主要测试岗位综合能力，面试满分为50分。**

**（四）体格检查**

**参照《公务员录用体检通用标准（试行）》进行，根据招聘岗位数量进行体检，体检费用自理，体检不合格者，按照人员综合成绩高低等额递补。**

**（五）公示**

**按照综合成绩及体检结果择优确定拟聘用人选，同时向社会公布招聘结果，公示时间为5个工作日。**

**（七）试用考核**

**公示期无异议的予以试用，试用期为1个月，试用期满考核合格者予以正式聘用；考核不合格者，取消其聘用资格。**

**（八）聘用**

**签订劳动合同。**

**四、薪酬待遇**

**此次招聘的人员实行编外人员聘用制管理，试用期工资标准同本单位同类别人员待遇；试用期满考核合格后，执行同类人员工资标准，相关待遇按医院规定发放。**

附件

齐齐哈尔市五官医院公开招聘工作人员报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓　名 |  | | 性别 |  | | 民族 |  | | |  |
| 出生日期 |  | | 年龄 |  | | 政治面貌 |  | | |
| 身份证号 |  | | | 报考岗位 | | |  | | |
| 现住址 |  | | | | | | | | |
| 手机 |  | | | 邮箱 | |  | | | 微信 |  |
| 以下填写内容请报考人认真详实填写，报名表与佐证材料原件扫描上传至报名邮箱。本次招聘工作全程审核资格，对弄虚作假的考生任一环节发现立即取消应聘资格 | | | | | | | | | | |
| 符合报考  岗位学历 |  | | 所学专业 |  | | | | 最高学历 | |  |
| 报考学历 毕业院校 |  | | | | | 报考学历毕业时间 | | | |  |
| 是否缴纳过个人社会保险 | | |  | | | 是否统招学历 | | | |  |
| 现专业技术 资格名称 （级别） |  | | 现专业技术资格 证书编号 | | |  | | | | |
| 家庭主要 成 员 | 姓名 | 与本人关系 | | | 工作单位及职务 | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
| **工**  **作**  **学**  **习**  **经**  **历**  （从高中开始填写） |  | | | | | | | | | |
| 报考人  承 诺 | **本人承诺已详细填写报名表并已认真核对所填信息无误，保证符合本次招聘的报名条件，保证所提交的证件材料真实有效，如有虚假，后果自负。一经聘用，坚决服从岗位安排，按时上岗。**    报考人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 招聘单位 审核意见 | 报考人的学历及资历信息已全部审核， 是 否符合本次招聘报名条件，是 否同意报考。  审核人签名： 复核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 招聘单位 主管部门 审核意见 | 报考人的学历及资历信息已全部审核， 是 否符合本次招聘报名条件，是 否同意报考。  审核人签名： 复核人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | |

注：此表正反面打印