附件1

**马鞍山市人民医院面向社会**

**公开招聘学科带头人岗位计划表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **职位名称** | **岗位代码** | **岗位计划（数字）** | **专业及代码** | **学历** | **学位** | **年龄** | **其他** | **用人类型** | **咨询（监督）电话** |
| 1 | 儿科 | 001 | 1 | 本科：临床医学（100201K）  研究生：儿科学 （100202，二级学科） | 全日制本科及以上 | 学士及以上 | 50周岁以下 | 具有副主任医师及以上专业技术资格及二级甲等及以上医院儿科工作经历 | 周转池编制 | 咨询电话：0555-8222263，监督电话0555-2366507、0555-8222293 |
| 2 | 烧伤整形外科 | 002 | 1 | 本科：临床医学（100201K）  研究生：外科学（烧伤方向，100210，二级学科 | 全日制本科及以上 | 学士及以上 | 50周岁以下 | 具有副主任医师及以上专业技术资格及二级甲等及以上医院从事烧伤整形外科工作经历 | 周转池编制 |

附件2

**马鞍山市人民医院面向社会**

**公开招聘学科带头人报名资格审查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 出生日期 |  | | | 性别 |  | 贴照片处 |
| 身份证号 |  | | | | 户籍所在地派出所 |  | |
| 学 历 |  | 学位 |  | | 毕业时间 |  | |
| 毕业学校 |  | | | | | 所学专业 | |  |
| 报考岗位 |  | | | 报考岗位代码 | |  | | |
| 工作单位 |  | | | 参加工作时间 | |  | | |
| 现有职称 |  | | | 是否有执业证书 | |  | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | |
| 档案所在地 |  | | | | | | | |
| 联系电话 | 手机： 备用电话： 电子邮箱： | | | | | | | |
| 学习工作  简　历 |  | | | | | | | |
| 诚信承  诺意见 | 本人上述所填写的情况及提供的相关材料、证件均真实、有效。若有虚假，责任自负。  报考人签名： 年　 月　 日 | | | | | | | |
| 审查  意见 | 审查人签名： 年　 月 　日 | | | | | | | |

注：网上报名时请上传身份证、毕业证、学位证、岗位需要的其他证件照片

附件3

**承诺书**

本人×××，已认真阅读《马鞍山市人民医院面向社会公开招聘学科带头人公告》，清楚并理解其内容。在此我郑重承诺：

1. 本人填写的《马鞍山市人民医院面向社会公开招聘学科带头人报名资格审查表》信息均真实有效，对因提供有关信息、证件不实所造成的后果，本人自愿承担相应责任。

2. 本人将于2021年2月28日前提供所报岗位所要求相应层次的学历、学位、资格等材料原件，否则自愿承担相应责任。

                        承诺人：×××

                        2021年×月×日