附件1

2021年三明市医疗服务与监测中心公开选聘工作人员岗位信息表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **主管部门** | **选聘单位** | **经费 方式** | **选聘岗位** | **选聘 人数** | **岗位资格条件** | | | | | | | | | | | **备注** |
| **最高 年龄** | **专业** | **学历及类别** | | **学位** | **政治 面貌** | **性别** | **选聘 对象** | **职称** | **其他条件** | **选聘单位审核人姓名、联系电话** |
| **全日制普通教育学历** | **不限** |
| 三明市医疗保障局 | 三明市医疗服务与监测中心 | 财政 核拨 | 专业技术人员 | 1 | 35周岁（八级职员、中级职称人员不超过40周岁 | 临床医学、 中西医临床医学、中西医结合临床 | 本科及以上（九级及以下职员、初级职称人员） | 本科 及 以上（八级职员、中级职称人员） | 学士及以上（八级职员、中级职称人员不限） | 不限 | 不限 | 我市县（市、区）及以下事业单位在编在岗人员（不含工勤人员） | 具有相关专业中级及以下职称 | 2年以上医疗行业相关经历 | 张玲：8093712 |  |

附件2

2021年三明市医疗服务与监测中心公开选聘

工作人员报名登记表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 | | |  | | 出 生  年 月 |  | | 1寸正面  免冠彩照 |
| 籍 贯 |  | | 出生地 | | |  | | 民 族 |  | |
| 政 治  面 貌 |  | | 入 党  时 间 | | |  | | 参加工  作时间 |  | |
| 全日制  教 育 | 学历 | |  | | | 毕业院校、系及专业 | |  | | | |
| 学位 | |  | | |
| 在 职  教 育 | 学历 | |  | | | 毕业院校、系及专业 | |  | | | |
| 学位 | |  | | |
| 现工作单位  及职务 |  | | | | | | | | | | |
| 身份证  号 码 |  | | | | | 是否满足最低服务年限  或其他约定年限 | | | |  | |
| 通信地址  及 邮 编 |  | | | | | | | 联 系  电 话 | |  | |
| 个  人  简  历 |  | | | | | | | | | | |
| 奖惩  情况 |  | | | | | | | | | | |
| 参加工作以来年度考核结果 |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | |
|  |  | |  |  | |  | | | | |
| **诚信声明：**本人确认以上所填信息真实、准确。如有不实导致被取消选聘资格，本人愿负全责。  考生签名（手写）： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 所在单位意见 | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 主管部门意见 | | （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 资格审查意见 | | 经资格审查合格，同意报考。  （盖 章）  年 月 日 | | | | | | | | | |

附件3

2021年三明市医疗服务与监测中心公开选聘考试疫 情 防 控 承 诺 书

姓 名： 性别： 身份证号：

准考证号： 有效手机联系方式：

本人过去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）：

1.本人过去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

2.本人是否属于新冠肺炎确诊病例、无症状感染者。 □是 □否

3.本人过去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.本人过去14日内，是否从省外高中风险地区入闽。 □是 □否

5.本人疫情期间是否从境外（含港澳台）入闽。 □是 □否

6.本人过去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.本人过去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”是否为橙码。 □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：以上项目中如有“是”的，考试报到时，必须携带考前48小时内新型冠状病毒检测阴性的报告。

**本人承诺：**我已如实逐项填报疫情防控承诺书，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：