# 湖滨新区2022年招聘乡村医生简章

为加强乡村医生队伍建设，促进全区医疗卫生事业健康持续发展，经研究，决定面向社会招聘乡村医生。现将有关事项公告如下：

一、招聘岗位及人数

全区拟面向社会公开招聘25名乡村医生。具体招聘职位、人数和相关条件等详见《湖滨新区公开招聘乡村医生岗位表》。

二、招聘对象及条件

（一）政治思想好，热爱医疗卫生事业，遵纪守法，身体健康，能适应工作需要；

（二）学历层次为全日制中专及以上并且取得执业助理或乡村医生资格及以上职称人员；应届毕业生未取得相关资格的，可以报考，需两年内取得相关资格，否则工作满两年后解聘；

（三）年龄在18周岁以上、35周岁以下（2003年10月31日至1986年10月31日期间出生），临床医生可放宽至45周岁（1976年10月31日之后出生）；

（四）具备招聘岗位规定的其他条件；

（五）具有下列情况之一的，不得报考：

1. 现役军人；

2. 在读的全日制普通高等学校非2023年应届毕业生；

3. 触犯刑法受过刑事处罚的；

4. 近三年内受过党纪、政纪处分的，在工作期间有不良记录的。

5. 被认定存在“较重失信行为”未满3年的，或“严重失信行为”未满5年的。

 三、招聘程序和办法

（一）发布招聘简章

按照“事先告知、公开透明”的原则，在报名前通过湖滨新区管委会网站（http://hbxq.suqian.gov.cn/）和有关媒体向社会发布招聘简章。

（二）报名

 1.报名采用现场报名方式进行，报名时间：11月10日—11月21日（上午9:00至12:00，下午2:00至5:30）。

2. 报名地点：湖滨新区卫健医保局办公室（湖滨新区软件园A3楼二楼）。

3. 报名时需提供材料：考生须提供符合本公告《岗位简介表》中所列出的报考条件要求的所有有效证件和材料。报名表一式两份（附件2，由报考人员自行从网站下载填写），身份证、户口簿、毕业证书、专业技术资格证书、工作经历证明等原件及复印件（复印件须由原单位经办人签字且加盖公章）各一份，近期2寸免冠彩色照片2张，及本人认为有必要提供的其他证书或材料（原件、复印件）。照片及各类材料复印件不退。考生提供的各类证书和证明材料，必须确切证明能满足简章及《岗位简介表》所要求的条件，凡弄虚作假者，一经查实，即取消考评、聘用资格。

（三）资格审核

1. 招聘主管部门将按照本简章相关规定对应聘人员的报名资格进行初审。经工作人员审核，认为考生提交的材料不符合本公告和《岗位表》所要求条件的，会当场告知其资格审核结果。

2. 通过审核后的应聘人员须现场缴纳报名费100元后，即报名成功。

3. 未按时确认报名资格、填写资料、缴纳报名费的，视为报名无效。

4. 报考人员不能用新、旧两个身份证同时报名；报名与考场使用的身份证必须一致。

（四）考试

1. 笔试。笔试采取闭卷方式进行，满分为100分。笔试内容为医学公共基础知识及招聘岗位专业要求的相关知识。笔试时间、地点另行通知。考生笔试成绩不低于笔试卷面总分50%的为合格，否则，取消其进入下一阶段程序的资格。笔试成绩查询，考生可关注发布简章的网站。

2. 面试。采取结构化面试形式，满分100分，根据笔试成绩从高分到低分按岗位招聘计划数3倍的比例确定参加面试的人选。参加面试人数与招聘计划数之比不足3:1的，按实际符合条件人数进行面试。面试由主管单位负责组织实施，面试时间、地点另行通知。考生面试成绩须达到60分为合格，否则，取消其进入下一阶段程序的资格。面试成绩当场告知考生。

总成绩计算方法。面试结束后，按笔试和面试成绩各占50%的比例计入总成绩，结果保留两位小数。

（五）体检

根据考生总成绩从高分到低分，按照岗位招聘计划数1:1的比例确定参加体检人选。体检工作由湖滨新区卫健医保局组织，体检标准参照《公务员录用体检通用标准（试行）》执行。体检费用由考生自理。因体检不合格或其它原因出现缺额的，不予递补。社会在职人员在体检前必须提供单位同意报考证明，否则取消体检资格。

（六）考察公示

体检合格者确定为考察对象，由湖滨新区卫健医保局组织实施。考察对象个人信用、违法犯罪记录等情况纳入考察范围，考察采取调阅档案、实地考察等形式进行。对考察合格的拟聘用人员面向社会公示，公示期为5天，没有问题或者反映的问题不影响聘用的，按程序办理聘用手续。反映的问题经招聘主管部门查实后影响聘用的，取消聘用资格。

（七）聘用

拟聘用人员办理聘用手续，试用期为3个月，试用期满经考核合格后正式聘用；试用期不合格的，解除聘用合同。被聘用人员在聘用单位服务期限不少于3年。被聘用人员与原工作单位签有劳动（聘用）合同或各种协议的，由本人自行负责处理。

（八）待遇

工资待遇和社会保险按照湖滨新区乡村医生工资发放标准执行。按月对乡村医生工作实绩进行考评，根据综合考评结果进行发放。

四、疫情防控

按目前疫情防控有关要求，笔试、资格审查、面试、体检等环节，考生须于考前至少7天申领“苏康码”并且每天进行健康申报，考试当天“苏康码”为绿码、行程码正常且需提供考试开考前48小时内核酸检测阴性证明（纸质报告、电子报告均可），经现场测量体温低于37.3℃，并无干咳等异常症状的，方可进入考点参加考试。请应聘人员及时关注相关公告，在严格落实疫情防控政策的前提下参与应聘考试各个环节，并对我区疫情防控有关措施和要求给予理解、支持和配合。

五、纪律与监督

本次招聘工作由湖滨新区卫健医保局组织实施，湖滨新区纪工委监督。严格按照“公开、平等、竞争、择优”的原则，严肃招考纪律，严格秉公办事，严禁任何人弄虚作假，徇私舞弊，并接受社会监督。

 六、本简章由湖滨新区卫健医保局负责解释。

政策咨询电话：0527-80602618（湖滨新区卫健医保局）；

监督举报电话：0527-84837110（湖滨新区纪工委）。

附件：1. IMG_256[湖滨新区公开招聘乡村医生岗位表](http://hbxq.suqian.gov.cn/hbxq/tzgg/202205/24e70e7d6fbf4ef0af44ea5ce4812fa0/files/382258a2a2514e0e9699490b3a7e5afc.docx" \t "http://hbxq.suqian.gov.cn/hbxq/tzgg/202205/_blank)

      2. IMG_257[2022宿迁市湖滨新区公开招聘乡村医生报名表](http://hbxq.suqian.gov.cn/hbxq/tzgg/202205/24e70e7d6fbf4ef0af44ea5ce4812fa0/files/0383c18ddc5642fc80bc26a1c9f18383.docx" \t "http://hbxq.suqian.gov.cn/hbxq/tzgg/202205/_blank)

            湖滨新区卫健医保局       2022年11月9日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  湖滨新区公开招聘乡村医生岗位表 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| 招聘单位 | 招聘  岗位 | 岗位类别 | 工作地点 | 招聘人数 | 招聘岗位要求 | | | | |
| 年龄 | 专业 | 学历 | 其他 | 加试专业内容 |
| 湖滨新区卫健医保局 | 乡村医生（护理） | 1 | 皂河片区 | 3 | 35周岁以下 | 护理学 | 全日制中专及以上 | 如非应届毕业生，需取得护士及以上资格，中专学历的需有3年以上一级以上医疗机构护理工作经验。 | 无 |
| 黄墩片区 | 5 |
| 井头晓店片区 | 2 |
| 乡村医生（临床） | 2 | 皂河片区 | 6 | 45周岁以下 | 临床医学/农村医学/中西医结合/中西医结合临床/中西医临床医学 | 全日制中专及以上 | 如非应届毕业生，需取得乡镇助理执业医师或乡村医生执业资格。 | 无 |
| 黄墩片区 | 6 |
| 井头晓店片区 | 3 |

附件2

2022宿迁市湖滨新区公开招聘乡村医生报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **编号：** | | | | | | | | | |
| **姓 名** |  | | **性 别** |  | **出生年月** |  | | **照片** | |
| **政治面貌** |  | | **参加工作时间** |  | **职 称** |  | |
| **学历学位** |  | | **毕业院校及专业** | |  | | |
| **身份证号码** |  | | | | | | | | |
| **联系电话** |  | | | | | | **婚 否** | |  |
| **现工作单位及职务** | | |  | | | | | | |
| **教育经历**  **（从初中写起）** | | |  | | | | | | |
|
|
|
| **工作经历** |  | | | | | | | | |
|
| **奖惩情况** |  | | | | | | | | |
|
| **报名人 承诺** | **本人已认真阅读《招聘简章》，确认自己符合报考岗位所需的资格，所填写的信息及提供的有关证件及材料准确、真实、有效，如有虚假或被检举经查实不符合报考条件的，则取消本人应试或应聘资格，愿意承担相应责任。     报名人员签名：     年 月 日** | | | | | | | | |
| **审核信息（审核人填写）** | | | | | | | | | |
| **审查意见** | | **初审人（签名）： 年 月 日  复核人（签名）： 年 月 日** | | | | | | | |
|
| **备注** | |  | | | | | | | |
| 说明：本表用A4纸双面打印，本表须如实填写，经审核发现与事实不符的，责任自负。 | | | | | | | | | |