深圳市第二人民医院中药师招聘启事

深圳市第二人民医院（深圳大学第一附属医院）是一所集医疗、教学、科研和预防保健为一体的现代化综合性三级甲等医院，是中山大学、南方医科大学、广州医学院等教学医院和研究生培养基地，中山大学博士后联合培养基地。 现因业务发展需要，医院拟招聘中药师2名，具体如下：

**一、岗位条件**

1.全日制普通高等院校毕业，本科及以上学历；

2.取得中药师及以上专业技术资格证书；

3.身体健康，能胜任岗位工作；

4.年龄35周岁以下；

5.具有三甲公立医院连续2年以上相应岗位工作经历者优先考虑。

**二、报名所需资料**1.深圳市第二人民医院应聘报名表（见附件）；   
2.身份证；   
3.个人工作简历表；   
4.中药师专业技术资格证；   
5.学历毕业证书；   
6.各类获奖证书。   
 有意者请填写《深圳市第二人民医院应聘报名表》，随以上资料电子版请打包发送至邮箱：szeyhr@163.com。资格审核合格者，我院将以电话或邮件方式通知来院考核，合格后予以聘用。  
 报名时间：2019年9月9日至2019年9月30日  
 考核方式：接通知后来我院面试及临床考核。

地 址：深圳市福田区笋岗西路3002号（邮编518035）

联 系 人：何老师

联系电话：0755-83796781 0755-83366388-2501

深圳市第二人民医院

2019年9月9日

深圳市第二人民医院应聘报名表

**应聘职位： 填表日期: 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **基本信息** | | | | | | | | | | | | 上传相片(一寸免冠正面) | |
| 姓 名 |  | 性 别 | |  | | 出生日期 | | | 年 月 | | |
| 籍 贯 |  | 健康状况 | |  | | 身 高 | | | CM | | |
| 文化程度 |  | 专 业 | |  | | 联系电话1 | | |  | | |
| 身份证号码 |  | | | | | 联系电话2 | | |  | | |
| 婚育状况 | 婚否：1、是□ 2、否□ | | | | 育否： 1、是□ 2、否□ | | | | | | |
| 通讯地址 |  | | | | | | | Email（邮箱） | | |  | | |
| **教育经历（从高中或中专开始填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 终止时间 | | 所在学校 | | | | 专业 | | | 学历（学位） | | | 全日制（是/否） |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
|  |  | |  | | | |  | | |  | | |  |
| **工作经历** | | | | | | | | | | | | | |
| 起始时间 | 终止时间 | | 所在单位 | | | | | | | 所在科室 | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **专业技术职务名称及聘任时间（从高到低）** | | | | | |
| 专业技术资格名称 | 取得时间 | 聘任时间 | | 聘任单位 | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
|  |  |  | |  | |
| **证书相关信息（医疗和护理人员填写）** | **专业技术资格名称** | **取得时间** | **执照注册时间和范围** | | **执业地点** |
| **专业**  **资格** |  | **时间：**  **范围：** | |  |
| **科研**  **课题** |  | | | | |
| **科研**  **论著** |  | | | | |
| **所获**  **奖励（特长）** |  | | | | |
| **本人声明** | 本人所填写上述内容真实，如有虚假，本人愿承担相应法律责任。  本人签名： | | | | |

备注：随本报名表请附身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书、护士执业证书（含执业地点及发证时间）等相关证书扫描件。未附者，一律不受理。