深圳市第二人民医院招聘启事

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，医院拟招聘合同(聘用)人员若干，具体岗位及要求如下：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **岗位** | **拟招人数** | **岗位要求** |
| 1 | 全科医师 | 4 | 1、年龄在40周岁以下；  2、全日制本科及以上学历（临床医学专业）；  3、具有医师职称，执业证，全科医师资格证；  4、身体健康，能胜任岗位工作。 |
| 2 | 心电图医生 | 1 | 1、年龄在40周岁以下；  2、全日制本科及以上学历（临床医学专业）；  3、具有医师职称，执业证；  4、从事心电图工作2年及以上；  5、身体健康，能胜任岗位工作。 |
| 3 | 软件维护  人员 | 1 | 1. 大学本科及以上学历，计算机或相关专业； 2. 年龄30岁以下； 3. 熟练ORACLE和MSSSQL等大型数据库的使用，具有医院信息系统运维工作经验者优先。 4. 身体健康，能胜任岗位工作。 |
| 4 | 三名工程行政助理 | 若干 | 1. 全日制本科及以上学历； 2. 医院管理、卫生事业管理、财务、中文、新闻、法律、计算机、信息管理等相关专业均可，具有医院管理等公共服务类单位工作经验或具有优秀文字撰写能力者优先考虑。 3. 年龄35周岁及以下。 |

有意者请填写《深圳市第二人民医院应聘报名表》，随身份证、学位及学历证书（含起始学历）、专业技术资格证书等相关证书扫描件，发送至邮箱szeyhr@126.com,符合条件者经考核、试用合格后予以聘用。

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

2018年5月22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。