|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件1  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 广西壮族自治区中医药研究院2023年度事业编制高层次人才岗位信息表 |
| 岗位序号 | 用人单位 | 岗位名称 | 招聘人数 | 岗位类别 | 专业 | 是否全日制 | 学历 | 学位 | 年龄 | 职称或职（执）业资格 | 政治面貌 | 其他条件 | 考试方式 | 用人方式 | 备注 |
| 1 | 广西壮族自治区中医药研究院 | 门诊部妇科医生岗 | 1 | 专业技术岗 | 中医妇科学专业、中医妇科学硕士（专业硕士）、妇产科学专业、妇产科学硕士（专业硕士）  | 否 | 研究生 | 硕士及以上 | 45岁及以下 | 具备副主任医师及以上职称(全区通用) | 中共党员 | 具备2年及以上临床工作经验 | 直接考核 | 实名编制 |  |
| 编办批复时间 | 备案 |
| 事业单位意见 | 填报信息情况属实。   （单位公章）  年 月 日 | 联系人及联系方式 |  |
| 主管部门意见 | 经认真审核，情况属实，同意报送。 （单位公章）  年 月 日  | 联系人及联系方式 |  |
| 备注 |  |

附件2

**2023年度事业编制高层次人才招聘报名表**

**应聘岗位：** **填表日期： 年 月 日**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期免冠照片 |
| 籍贯 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 毕业院校及专业（最高学历） | 全日制教育 |  | 学位 |  |
| 在职教育 |  | 学位 |  |
| 专业技术资格名称、授予单位及取得时间 |  | 爱好及特长 |  |
| 现工作单位 |  | 身份证号 |  |
| 家庭详细住址 |  | 联系电话 |  |
| 紧急联系人电话 |  |
| 学习经历 | 起止时间 | 院校名称（从本科阶段填起） | 专业 | 研究方向 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 工作经历 | 起止时间 | 所在单位 | 从事的工作及职务 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 主要工作成绩、荣誉及奖惩情况 |  |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 报名人承诺 | 本报名表所填内容正确无误，所提交的信息真实有效。如有虚假，本人愿承担由此产生的一切后果。 报名人签名：  |
| 资格审查意见 |  审查人： 年 月 日 审查人签名： |

备注：1、报名登记表用A4纸双面打印；2、不得涂改；3、“报名人签名”需手写。

附件3

证明（模板）

 兹证明 同志（身份证号： ）系我单位在职编制内职工，于 年

 月参加工作，自 年 月起聘到我单位 (科室)从事 工作至今。经研究，同意该同志参加广西壮族自治区中医药研究院2023年度事业编制高层次人才招聘考试。

特此证明。

 单位（公章）

 年 月 日