**中江县中医医院**

**2020年公开招聘非在编医学影像技术专业人员公告**

因我院业务发展需要，经请示中江县卫生健康局党委同意，拟面向社会招聘编外医学影像技术专业人员，公示期3个工作日，现将有关事项公告如下：

一、招聘原则

采取公开、公平、公正、择优的原则进行。按2：1的比例参加考试，如参考人员达不到2：1，按比例减少招聘人数。

二、报考条件

（一）遵守中华人民共和国宪法、法律、法规。

（二）遵章守纪，爱岗敬业，具有良好的品行。

（三）具有正常履行岗位职责的身体条件。

（四）具备符合岗位要求的文化程度和工作能力。

（五）具备岗位所要求的其他资格条件。

三、招聘人数及条件

（一）招聘人数 2名

（二）招聘条件

1、具备国家教委认可的全日制医学影像技术专业大专及以上学历。

2、35周岁以下，年龄计算时间截止2020年9月30日。

3、业务操作能力强，语言表达及沟通能力强，具有团队协作及奉献精神，能吃苦耐劳，爱岗敬业，工作责任心强。

四、报名和资格审查

（一）报名时间

2020年7月27日上午8:30-12:00，下午14：30-17:30。

（二）报名地点：中江县中医医院行政楼三楼，党务办公室

（三）报名方法

1、报名提供材料：个人简历、所有学历、学位证书复印件、身份证复印件、所有已取得的岗位相关资格证和执业证书复印件。报名时须携带相关证件原件进行审核。

2、资格审查由医院党务办公室组织相关职能科室进行。资格条件的审核贯穿招聘全过程。

五、体检

符合报名条件的于2020年7月28日医院统一组织体检，体检合格者同意参加考试。体检人员须携带本人身份证、近期正面免冠小二寸彩照一张按时到指定时间、地点集中体检（体检费用自理）。

六、考试（携身份证入场）

（一）考试时间:

1、笔试（专业理论知识考试）

（1）考试时间：2020年7月29日09:00--11:00

（2）考试地点：中江县中医医院学术厅

（3）考试内容：《医学临床三基训练-医学影像学》。

2、面试时间：2020年7月29日15:00--17:30

3、面试地点：医院行政楼一楼会议室

原则上按考生人数与岗位名额2:1的比例进入面试（根据参考人数情况医院可以适当降低）。

3、理论占总成绩的70%，面试占总成绩的30%。

4、加分项：具有全日制本科及以上学历或放射医学技术初级（师）及以上执业资格的在折算后总成绩中加3分，不重复加分。

（二）纪律要求

1、考生需携带身份证提前30分钟到达考场，超过开考时间30分钟取消考试资格。

2、理论考试开始30分钟后方可交卷。

3、考生待考及考试期间必须关闭通信工具，认真答卷，不得交头接耳，不得抄袭他人试卷，否则取消其考试资格。

4、理论考试交卷及面试结束后应尽快离开考场不得逗留，否则取消其考试成绩。

七、成绩公示及预录

（一）面试结束后，在中江县中医医院的公示栏及网站公示所有人员的成绩及确定进入预录人员名单。

（二）公示期间，接受实名制举报，举报者应以真实姓名实事求是地反映问题，并提供必要的调查线索。对有反映的要进行调查核实，经核实不宜聘用的取消其资格，空缺名额依次递补同岗位参加面试的考生。对无反映或有反映但不影响聘用的人员按规定进入资格终审与办理聘用手续。

八、资格终审与办理聘用手续

聘用前，由中江县中医医院招聘领导小组对预录人员进行资质终审，审查后确定录用的，与医院签订试用期合同，试用期为1年，1年后考核合格签订正式劳动合同。试用期待遇参照中江县人社局和医院相关规定执行。

九、其他事项

（一）以下人员不得报名

1、曾因犯罪受过刑事处罚；或正在接受立案调查的人员，曾被开除公职的人员，曾因犯罪受过刑事处罚的人员；

2、涉嫌违法犯罪正在接受司法调查尚无结论；

3、根据相关规定，其他不得报考的人员。

（二）报名时要如实填写所学专业。所学专业以毕业证书上注明的专业为准，如所学专业非报考岗位规定的岗位专业范围内的，视为无效。报考人员对所提供材料的真实性负责，凡弄虚作假、恶意报考的，一经核实，立即取消报考资格或聘用资格。

（三）已就业人员入职前需办理好与原单位的解除人事劳动关系材料，否则取消录用资格或解除聘用。

十、工作纪律

为保证招聘的公开、公平、公正，对违反人事纪律的，对弄虚作假和违反考试规定的，严格追究有关人员责任。

注：招聘方案最终解释权归医院管理委员会。

附件：考生报名登记表（此表可在中江县中医医院官网下载，官网地址：http://www.zjxzyyy.com/）

中江县中医医院

二〇二〇年七月二十日

附件：

中江县中医医院

公开考试招聘非在编专业技术人员报名申请表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 | 名 |  | 性别 |  | 联系电话 | 移动电话 |  |
| 民 | 族 |  | 政治面貌 |  | 固定电话 |  |
| 学 | 历 |  | 学位 |  | 健康状况 |  |
| 毕业院校 |  | 学习类别 |  |
| 专 | 业 |  |
| 工作单位 |  | 参加工作时间 |  | 职 务(职称、等级） |  |
| 户口所在地 |  |  | 省(区、市) |  | 市(地、州) |  | 县(市、区) |
| 公民身份号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 通讯地址 |  | 邮政编码 |  |
| 家庭地址 |  |
| 个人简 历 (始于高中) |  |
| 奖惩情况 |  |
| 获得过何种证书、有何特长 |  |
| 家庭成员情况 | 姓名 | 与本人关系 | 工作单位 | 职务 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 报考岗位 |  |

说明：

1、请报考者认真阅读说明后如实填写。报考者隐瞒有关情况或者提供虚假材料的，医院有权取消其资格，所造成的一切后果由报考者本人承担。

2、“学习类别”指普通高等学校、成人高等教育、高等教育自学考试等。