附件1：

**2020年杭州市临安区卫健系统高层次和紧缺专业人才引进需求计划**

| **单 位** | **需求岗位(专业)** | **招聘 人数** | **专业要求** | **学历和职称要求** | **联系电话及邮箱** | **单位地址及联系部门** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 杭州市临安区人民医院 | 临床 | 30 | 临床医学 | 全日制本科第一批及以上学历或副高及以上职称 | 0571-58627396、lasrmyyrsk999@163.com | 地址：浙江省杭州市临安区 锦城街道衣锦街548号 部门：人事科 |
| 影像诊断 | 1 | 临床医学、医学影像学 |
| 麻醉 | 1 | 临床医学、麻醉学 |
| 检验 | 1 | 临床检验 | 全日制硕士研究生及以上学历 |
| 病理 | 1 | 临床病理诊断 |
| 药学 | 1 | 临床药学 |
| 杭州市临安区中医院 | 临床 | 8 | 临床医学、急诊医学、儿科学 | 全日制本科第二批及以上学历或副高及以上职称 | 0571-637161870571-61071360、Laszyy@126.com | 地址：浙江省杭州市临安区 锦城街道城中街8号 部门：人力资源与绩效办公室 |
| 杭州市临安区於潜人民医院 | 临床 | 8 | 临床医学 | 全日制本科及以上学历或中级及以上职称 | 0571-58608808、996768144@qq.com | 地址：浙江省杭州市临安区於潜镇潜阳路341号部门：医院办公室 |
| 影像诊断 | 2 | 临床医学、医学影像学 |
| 中医 | 1 | 中医临床 | 硕士研究生及以上学历或副高及以上职称 |
| 杭州市临安区昌化人民医院 | 临床 | 8 | 临床医学 | 全日制本科及以上学历或中级及以上职称 | 0571-23668007、82979527@qq.com | 地址：浙江省杭州市临安区 昌化镇滨江南路88号部门：医院办公室 |
| 影像诊断 | 1 | 临床医学、医学影像学 |
| 麻醉 | 1 | 临床医学、麻醉学 |
| 杭州市临安区安康医院 | 精神医学 | 4 | 临床医学、精神医学 | 全日制本科第二批及以上学历或副高及以上职称 | 0571-61108619、1335935109@qq.com | 地址：浙江省杭州市临安区 锦城街道钱王铺村李家头部门：人事科 |
| 杭州市临安区口腔医院 | 口腔临床 | 2 | 口腔医学 | 全日制本科第一批及以上学历或副高及以上职称 | 0571-63710530、794344922@qq.com | 地址：浙江省杭州市临安区锦城街道万马路55路部门：医院办公室 |
| 杭州市临安区妇幼保健院 | 临床 | 2 | 临床医学 | 全日制本科第一批及以上学历或副高及以上职称 | 0571-63811935、445242090@qq.com | 地址：浙江省杭州市临安区玲珑街道流霞街309号部门：办公室 |
| 杭州市临安区昌化中医骨伤医院 | 临床 | 2 | 临床医学 | 全日制本科及以上学历或中级及以上职称 | 0571-63668991、190843961@qq.com | 地址：浙江省杭州市临安区昌化镇后营村枫岭路部门：办公室 |
| 杭州市临安区疾病预防控制中心 | 检验 | 2 | 食品科学与工程、食品工程、流行病与卫生统计学 | 全日制应届硕士研究生及以上学历 | 0571-63721200、hzlacdc@126.com | 地址：浙江省杭州市临安区锦北街道西林街488号部门：办公室 |
| 疾病控制 | 2 | 流行病与卫生统计学 | 全日制硕士研究生及以上学历，非应届生须具有医师资格证 | 0571-63721200、hzlacdc@126.com | 地址：浙江省杭州市临安区锦北街道西林街488号部门：办公室 |
| **合 计** |  | 78 |  |  |  |  |

附件2：

2020年杭州市临安区卫健系统引进高层次紧缺专业人才报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 籍贯 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 　 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 毕业时间、院校、专业及学位 | 本科 |  |
| 研究生 |  |
| 本科录取医学类批次（填第一批或第二批） |  | 职称或其他资质 |  |
| 报考岗位 | 医 院 | 招聘岗位 |
|  |  |
| 是否愿意调配至其他医院：是□ 否□ |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 获奖情况 |  |
| 学习和工作经历（从高中填起） |  |
| 资格审核意见 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

本人保证报名所提供的个人信息真实、准确、完整，若弄虚作假，本人承担一切后果。

 本人签名：

年 月 日