附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **候考组** | **抽签号** | **职位代码** | **职位名称** | **姓名** | **面试成绩** | **备注** |
| 1 | 第一候考室 | 103 | 1202201 | 检验科 | 刘\*\* | 83.60 | 　 |
| 2 | 第一候考室 | 105 | 1202201 | 检验科 | 胡\*\* | 82.00 | 　 |
| 3 | 第一候考室 | 110 | 1202201 | 检验科 | 王\*\* | 78.20 | 　 |
| 4 | 第一候考室 | 116 | 1202201 | 检验科 | 邱\*\* | 77.60 | 　 |
| 5 | 第二候考室 | 207 | 1202202 | 临床护理 | 陈\* | 75.40 | 　 |
| 6 | 第二候考室 | 210 | 1202202 | 临床护理 | 洪\* | 75.40 | 　 |
| 7 | 第二候考室 | 208 | 1202202 | 临床护理 | 李\*\* | 74.20 | 　 |
| 8 | 第二候考室 | 209 | 1202202 | 临床护理 | 陈\* | 73.80 | 　 |
| 9 | 第二候考室 | 203 | 1202202 | 临床护理 | 周\* | 73.20 | 　 |
| 10 | 第二候考室 | 201 | 1202202 | 临床护理 | 罗\*\* | 73.00 | 　 |
| 11 | 第二候考室 | 202 | 1202202 | 临床护理 | 黄\*\* | 72.80 | 　 |
| 12 | 第二候考室 | 205 | 1202202 | 临床护理 | 何\*\* | 72.80 | 　 |
| 13 | 第二候考室 | 206 | 1202202 | 临床护理 | 姜\*\* | 72.60 | 　 |
| 14 | 第二候考室 | 204 | 1202202 | 临床护理 | 黄\* | 71.60 | 　 |
| 15 | 第二候考室 | 214 | 1202203 | 发热门诊 | 汪\*\* | 72.40 | 　 |
| 16 | 第二候考室 | 212 | 1202203 | 发热门诊 | 阚\*\* | 69.60 | 　 |

附件2：

体 检 须 知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1.参加体检人员须根据安排准点到达指定地点参加体检。

2.严禁冒名顶替体检以及其他弄虚作假行为；如因隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3.体检表上贴近期二寸免冠照片一张，并加盖公章。

4.本表第三页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6.体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

8.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。无正当理由漏检项目的，其体检结论判定为不合格（因怀孕等特殊情况未完成全部体检项目的人员，须待其完成全部项目后方能判定是否合格）。体检不合格人员不得进入下一环节。

9.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

附件3、

明光市中医院公开招聘工作人员考察表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 民 族 |  | 1寸近期免冠证件彩色照片 |
| 身份证号 |  | 政治面貌 |  |
| 招聘单位 |  | 岗位代码 |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  |
| 参加工作时间 |  | 报考身份 |  |
| 毕业院校 |  | 专 业 |  |
| 毕业证号 |  | 学位编号 |  |
| 户籍所在地 |  | 档案所在地 |  |
| 常住地址 |  | 联系电话 |  |
| 个人简历 | （从高中经历写起，直至至今。） |
| 家庭主要成员及主要社会关系情况 | 称 谓 | 姓 名 | 出 生年 月 | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 考 察对 象承 诺 | 以上信息真实、准确，如有不实、虚假或隐瞒，本人接受取消聘用资格的处理。承诺人：年 月 日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 是否有 失信被执行情况 |  |
| 户籍所在村（社区）或在读学校、工作单位对考察现实表现情况的鉴定： 签字（盖章）：年　 月　 日 |
| 户籍所在地派出所或公安局审查意见（有无违法犯罪记录和有无吸毒史）：签字（盖章）： 年 月 日 |
| 考察小组成员（签字）：招聘单位（主管部门）意见：签字（盖章）：年 月 日 |

本表一式一份存入个人档案。 明光市人力资源和社会保障局 制

**填写说明：**

1. 《明光市中医院公开招聘工作人员考察表》所填写信息均为黑色签字笔填写;
2. 《明光市中医院公开招聘工作人员考察表》第一页由考生本人填写，第二页由考察组、村（社区）、派出所人员填写并加盖单位公章；
3. 《明光市中医院公开招聘工作人员考察表》正反面打印，考察结束后递交市明光市中医院组织人事科。