# 拉萨市人民医院2018年引进急需紧缺

# 人才招聘信息

根据藏人社函[2018]362号《关于同意拉萨市人民医院开展2018年人才引进工作的批复》，拉萨市人民医院通过引进方式引进急需紧缺人才30名。现相关招聘信息如下：

**一．引进条件**

非西藏生源、非西藏院校本科及以上毕业生，政治立场坚定，热爱祖国和人民，工作能力强，身体素质好，适应高原气候，立志为祖国边疆事业做贡献，并能坚持在用人单位工作八年及以上，2018年应届优秀毕业生。

1. **引进岗位**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **拉萨市人民医院引进急需紧缺专业人才计划表** | | | | | |
| **序号** | **岗位** | **人数** | **专业要求** | **学历 要求** | **备注** |
| 1 | 病案统计室 | 1 | 预防医学 | 本科及以上 |  |
| 2 | 医学工程部 | 2 | 医疗器械维修专业 | 本科及以上 |  |
| 3 | 医院各科室 | 4 | 护理学 | 本科及以上 |  |
| 4 | 放射科 | 2 | 医学影像 | 本科及以上 |  |
| 5 | 病理科 | 1 | 病理学 | 本科及以上 |  |
| 6 | 临床各科室 | 20 | 临床医学 | 本科及以上 |  |

1. **引进待遇**
2. 被录用后纳入国家事业编制，工资按照西藏二类事业单位工作人员工资标准执行（7500元以上），一年试用期满后，每年享受一次50天带薪休假（路费包干最低10000元），对引进的博士、硕士研究生五年内每月额外给予生活补贴2000元、1400元。并根据单位条件解决住宿。

**四．引进程序**

（一）报名

报名投档时间：暂定2018年9月17日-2018年10月7日

此次公开引进采取网上报名的方式，填写《拉萨市2018年引进人才报名表》，投至邮箱：2079939642@qq.com。

（二）面试

时间地点：另行通知

面试人员在资格审查时所需提交材料：①《拉萨市2018年引进人才报名表》、②《拉萨市2018年引进人才政审表》、③政审材料、④《拉萨市引进人才体检表》、⑤毕业证学位证原件及复印件 、⑦学历电子注册备案表学籍在线验证报告（从www.chsi.com.cn下载）、⑧本人身份证原件及复印件。

1. **其他**

1、引进人员实行试用期制度 ，试用期为一年。试用期满考核合格者，由引进单位按规定对其进行转正定级。

1. 引进人员在藏服务年限最低为8年。在试用期内违反用人单位相关规章制度及存在违法违纪行为者，取消录用资格；未满在藏最低服务年限者，应申请辞去公职或由公务员主管部门按规定予以辞退，并支付相应违约金.
2. 体检要求：按照《关于执行<公务员录用体检特殊标准（试行）>有关问题的通知》（公政治[2010]454号）要求执行。

**六．联系人及联系方式**

组长：德吉 联系电话;13908908987

成员：李宏丽 联系电话;19908919819

附件：1、《拉萨市2018年引进人才报名表》

1. 《拉萨市2018年引进人才政审表》
2. 《拉萨市引进人才体检表》

拉萨市人民医院

2018年9月16日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 拉萨市2018年引进人才报名表 | | | | | | | | |
| 报名单位：　　　　　　　　　 报名岗位： | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 现户籍 所在地 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 身高(cm) |  | 体重(㎏) |  |
| 学 历 |  | 学 位 |  | 毕业时间 |  | | |
| 毕 业 院 校 | |  | | | 专 业 |  | |
| 计算机等级水平 | |  | | | 电 话 |  | | |
| 四 六 级 水 平 | |  | | 身份证号 |  | | | |
| 所学专业课名称 | |  | | | | | | |
|
| 档案所在地、所在单位 | | |  | | | | | |
| 学习工作简历 (从初中开始填) |  | | | | | | | |
| 家庭主要成员 | 称谓 | 姓名 | 年龄 | 工作单位 | | | 联系电话 | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |
|  |  |  |  | | |  | |
| 备 注 |  | | | | | | | |

拉萨市2018年引进人才政审表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 曾用名 | |  | | 性别 |  | | 照  片 |
| 出生年月 |  | | 政治面貌 | |  | | 民族 |  | |
| 出 生 地 |  | | | | 学 历 | |  | | |
| 所在学校 |  | | | | | | | | |
| 家庭住址 |  | | | | | | | | | |
| 简  历 | 起止年月 | | | 院校(工作单位)及职务 | | | | | | 证明人 |
|  | | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
|  | | |  | | | | | |  |
| 家  庭  成  员  及  主  要  社  会  关  系 | 关系 | 姓名 | | 出生年月 | | 政治面貌 | | | 工作单位及职务 | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
|  |  | |  | |  | | |  | |
| 政  审  单  位  意  见 | 政审人： 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | |

拉萨市2018年引进人才

**体**

**检**

**表**

**拉萨市人力资源和社会保障局**

**2018年9月**

**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.到县级及以上医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2.严禁弄虚作假、冒名顶替；如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。

4.本表第二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。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。

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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | | | | |  | 出生年月 | |  | 照  片 | |
| 民 族 | |  | | 婚姻状况 | | | | |  | 籍 贯 | |  |
| 文化程度 | |  | | 联系电话 | | | | |  | | | |
| 职 业 | |  | | （毕业院校） | | | | |  | | | |
| 报考职位 | |  | | 身份证号 | | | | |  | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负） | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | 有 | 无 | | 治愈时间 | | | 病名 | | 有 | 无 | 治愈时间 | |
| 高血压病 | | |  |  | |  | | | 糖尿病 | |  |  |  | |
| 冠心病 | | |  |  | |  | | | 甲亢 | |  |  |  | |
| 风心病 | | |  |  | |  | | | 贫血 | |  |  |  | |
| 先心病 | | |  |  | |  | | | 癫痫 | |  |  |  | |
| 心肌病 | | |  |  | |  | | | 精神病 | |  |  |  | |
| 支气管扩张 | | |  |  | |  | | | 神经官能症 | |  |  |  | |
| 支气管哮喘 | | |  |  | |  | | | 吸毒史 | |  |  |  | |
| 肺气肿 | | |  |  | |  | | | 急慢性肝炎 | |  |  |  | |
| 消化性溃疡 | | |  |  | |  | | | 结核病 | |  |  |  | |
| 肝硬化 | | |  |  | |  | | | 性传播疾病 | |  |  |  | |
| 胰腺疾病 | | |  |  | |  | | | 恶性肿瘤 | |  |  |  | |
| 急慢性肾炎 | | |  |  | |  | | | 手术史 | |  |  |  | |
| 肾功能不全 | | |  |  | |  | | | 严重外伤史 | |  |  |  | |
| 结缔组织病 | | |  |  | |  | | | 其他 | |  |  |  | |
| 备 注： | | |  | | | | | | | | | | | |
| 受检者签字：  体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | 厘米 | | | | 体重 | | 公斤 | | | 血压 | | / mmHg | | |
| 内  科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏 | | | 心界  杂音 | | | | | | 心率 次/分 律 | | | | |
| 肺 | | |  | | | | | | 腹部 | |  | | |
| 肝 | | |  | | | | | | 神经系统 | |  | | |
| 脾 | | |  | | | | | | 其他 | |  | | |
| 建议 | | |  | | | | | | | | 医师签字 | |  |
| 外  科 | 病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。 | | | | | | | | | | | | | |
| 甲状腺 | | | | |  | | | | 乳腺 | |  | | |
| 浅表  淋巴结 | | | | |  | | | | 皮肤 | |  | | |
| 脊柱  四肢关节 | | | | |  | | | | 头颅 | |  | | |
| 肛门  外生殖器 | | | | |  | | | | 其他 | |  | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | 医师签字 | |  |
| 眼  科 | 裸眼  视力 | | | | | 右 | | 矫正  视力 | | 右 | | 医师签字 | |  |
| 左 | | 左 | |
| 色觉 | | | | |  | | | | | | | | |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | |
| 建议 | | | | |  | | | | | | 医师签字 | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳鼻喉科 | 听力 | | 左耳  右耳 | | | 嗅觉 |  | |
| 外耳 | |  | | | 鼻 |  | |
| 鼻咽 | |  | | | 口咽 |  | |
| 喉咽 | |  | | | 其他 |  | |
| 建议 | |  | | | | 医师签字 |  |
| 口腔科 | 唇腭 | |  | | 舌 | |  | |
| 龋齿 | |  | | 口吃 | |  | |
| 口腔  粘膜 | |  | | 其他 | |  | |
| 建议 | |  | | | | 医师签字 |  |
| 妇  科 | 病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁  结婚年龄： 孕 产 末产 年 月  难产： 手术史： | | | | | | | |
| 内  诊 | 外阴 | | 阴道 分泌物 | | | | |
| 宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬） | | | | | | |
| 宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬） | | | | | | |
| 附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物 | | | | | | |
| 刮片： 初诊 | | | | | | |
| 建议： 医师签字 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳  鼻  喉  科 | 听力 | 左耳  右耳 | 耳部 |  | | |
| 鼻部 |  | 咽部 |  | | |
| 喉部 |  | | | | |
| 其他 |  | | | | |
| 建议 |  | | 医师签字 | |  |
| 口  腔  科 | 唇腭舌 |  | 颞下颌关节 |  | | |
| 腮腺 |  |  |  | | |
| 口腔  粘膜 |  | 其他 |  | | |
| 建议 |  | | 医师签字 | |  |
| 妇  科 | 病史/月经史：初潮 岁 经期/周期 / 量（多、中、少） 末次月经 | | | | | |
| 检查项目：1.已婚女性作外阴部检查、阴道窥器检查及阴道-腹部双合诊检查。  2.未婚女性作外阴部检查、直肠-腹部双合诊检查。 | | | | | |
| 已婚女性（内诊） | | 未婚女性（肛诊） | | | |
| 外阴 |  | 外阴 |  | | |
| 阴道 |  | / |  | | |
| 宫颈 |  | / |  | | |
| 宫体 |  | 宫体 |  | | |
| 附件 |  | 附件 |  | | |
| 建议 |  | | 医师签字 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |
| **耳鼻喉科** | **听力** | | **左耳**  **右耳** | | | **嗅觉** |  | |
| **外耳** | |  | | | **鼻** |  | |
| **鼻咽** | |  | | | **口咽** |  | |
| **喉咽** | |  | | | **其他** |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **口腔科** | **唇腭** | |  | | **舌** | |  | |
| **龋齿** | |  | | **口吃** | |  | |
| **口腔**  **粘膜** | |  | | **其他** | |  | |
| **建议** | |  | | | | **医师签字** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 心电图 | | 建议： 医师签字： | |
| 胸  部  X  光  片 | | 建议： 医师签字： | |
| 腹  部  B  超  检  查 | | 建议： 医师签字： | |
| 体  检  结  论  及  建  议 | |  | |
| 体检医院签章处    主检医师签字： 年 月 日 | |

**检 验 项 目**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **血**  **常**  **规** | **白细胞总数（WBC）及分类** | **血红蛋白（HGB）** |
| **红细胞总数（RBC）** | **血小板计数（PLT）** |
| **血**  **生**  **化** | **丙氨酸氨基转移酶（ALT）** | **尿素氮（BUN）** |
| **天冬氨酸氨基转移酶（AST）** | **肌酐（CR）** |
| **葡萄糖（GLU）** |  |
| **免**  **疫** | **艾滋病病毒抗体（抗HIV）** | **梅毒血清特异性抗体（TPHA）** |
| **尿**  **常**  **规** | **糖（GLU）** | **蛋白质（PRO）** |
| **胆红素（TBIL）** | **尿胆原（URO）** |
| **比重（SG）** | **红细胞（BLO）** |
| **酸碱度（PH）** | **白细胞（LEU）** |
| **镜检** |  |
| **其他** |  | |