附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 湖南省卫生计生委2017年公开选调公务员计划职位条件一览表 | | | | | | | | |
| 职位名称 | 计划选调人数 | 年龄要求 | 最低学历要求 | 专业要求 | 工作经历要求 | 面试 比例 | 其他要求 | 备注 |
| 省卫生计生委机关综合岗位1 | 2 | 35周岁以下 | 全日制 大学本科 | 专业不限 | 具有2年及以上基层工作经历，在现职岗位工作一年以上 | 1：3 | 有2年以上机关文字综合岗位工作经历，有较强的文字综合能力。 | 需提供相关文字材料 |
| 省卫生计生委机关综合岗位2 | 1 | 全日制 大学本科 | 专业不限 | 有较强的文字综合能力。 | 需提供相关文字材料 |
| 省卫生计生委机关综合岗位3 | 1 | 全日制 大学本科 | 临床医学专业 | 有较强的文字综合能力。 | 需提供相关文字材料 |
| 省卫生计生委机关综合岗位4 | 1 | 全日制 大学本科 | 医学类专业 | 必须通过大学英语六级考试，有较强的英语口语交流能力。 | 增加英语专业能力测试 |
| 省中医药管理局综合岗位 | 2 | 全日制 大学本科 | 中医药专业 | 有较强的文字综合能力。 | 需提供相关文字材料 |
| 备注：专业分类参照《2017年湖南省考试录用公务员专业目录》。 | | | | | | | | |

附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **湖南省卫生计生委2017年公开选调工作人员报名表** | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 |  | | | 性 别 | |  | | | 民 族 | |  | | | 照片 |
| 出生日期 |  | | | 政治面貌 | |  | | | 入党时间 | |  | | |
| 籍贯 |  | | | 参加工作 时间 | |  | | | 婚姻状况 | |  | | |
| 学历  学位 | 全日制学历学位 | | |  | | 毕业院校 及专业 | | |  | | | | | |
| 在职学历学位 | | |  | | 毕业院校 及专业 | | |  | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 现任职务 | | |  | | | 任现职（级）  时 间 | |  |
| 身份证号码 |  | | | | | 通讯地址、邮政编码（E-mail） | | |  | | | | | |
| 报考职位 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 报名者联系方式 | 办公电话 | | 手机号码 | | | 所在单位组织人事部门联系方式 | | | 联系人 | | | 办公电话 | | 手机号码 |
|  | |  | | |  | | |  | |  |
| 工作经历  (需明确具体工作岗位及职务) |  | | | | | | | | | | | | | |
| 近三年年度考核等次情况 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 何时何地受过何种奖惩 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 家庭主要  成员及主要  社会关系 | 与本人  关系 | 姓名 | | | 出生年月 | | 政治面貌 | | 工作单位及职务 | | | | | 户口所在地 |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |
|  |  | | |  | |  | |  | | | | |  |
| 所在单位  推荐意见 | 单位负责人:(签名) 单位 (盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 公开选调机关审核意见 | 负责人:(签名) 单位(盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |
| 考试成绩 | 笔试成绩 | | | 结构化面试成绩 | | | | 专业考试成绩 | | 总成绩 | | | 排名 | |
|  | | |  | | | |  | |  | | |  | |
| 选调机关意见 | 单位负责人:(签名) 单位(盖章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

湖南省卫