|  |
| --- |
| 附件1**2023年耒阳市公开选聘医疗保障工作人员岗位计划与条件一览表** |
| 序号 | 选聘单位主管部门 | 选聘单位 | 单位性质 | 岗位名称 | 岗位类别 | 选聘计划数 | 性别要求 | 年龄要求 | 最低学历要求 | 学位要求 | 专业要求 | 其他要求 | 备注 |
|
| 1 | 耒阳市医疗保障局 | 耒阳市医保费用复核中心 | 全额事业 | 文字综合① | 管理岗位 | 1 | 不限 | 35周岁及以下 | 大专 | 无 | 不限 | 　 | 　 |
| 2 | 全额事业 | 财务② | 专技岗位 | 2 | 不限 | 35周岁及以下 | 大专 | 无 | 财务管理、会计、会计电算化、会计信息管理、会计学、财务管理、 | 　 | 　 |
| 3 | 全额事业 | 信息管理③ | 专技岗位 | 1 | 不限 | 35周岁及以下 | 大专 | 无 | 计算机类 | 　 | 　 |
| 4 | 全额事业 | 医保业务④ | 专技岗位 | 13 | 不限 | 女：40周岁及以下；男：45周岁及以下 | 大专 | 无 | 基础医学类、临床医学类、中医学类、药学类、护理学类、预防医学，或从事专职医保工作5年以上。 | 　 | 　 |
| 合 计 | 17 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 注： | 1.35周岁及以下指：1988年1月1日及以后出生；40周岁及以下指：1983年1月1日及以后出生；45周岁及以下指：1978年1月1日及以后出生。 |
|  | 2.专业目录参照《2023年湖南省考试录用公务员专业指导目录》 |  |  |  |  |  |

附件2

**2023年耒阳市公开选聘医疗保障工作人员报名登记表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 相片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚姻状况 |  |
| 身份证号 |  |
| 户口所在地 |  | 联系电话 |  |
| 通信地址 |  | 邮　编 |  |
| 现工作单位 |  | 编制性质 |  |
| 最高学历 |  | 毕业学校及时间 |  | 所学专业 |  |
| 报考单位 |  | 报考岗位 |  |
| 学习及工作简历 |  |
| 报名人员承诺 |  本人承诺所提供的材料真实有效，符合选聘岗位所需资格条件。如有弄虚作假，承诺自动放弃考试资格。 报名人签名：  年 月 日 | 资格初 审意见 |  年 月 日 |

说明：编制性质一栏填差额事业编制/全额事业编制

附件3

介 绍 信

市选聘办：

兹介绍我单位职工\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_到你处参加2023年耒阳市公开选聘医疗保障工作人员考试报名，请予接洽。

单位负责人签名：

 单位盖章

 年 月 日

附件4

工作经历证明

兹有本单位 同志，身份证号码： ，在单位从事 医保 专职工作5年以上。

特此证明。

单位负责人签名：

 单位盖章

 年 月 日