**丰都县卫生健康委员会**

**2025年公开考调事业单位工作人员**

**公 告**

为进一步优化我县卫生健康委直属事业单位人才队伍结构，根据《丰委组关于印发〈丰都县党政群机关和事业单位人员调动管理办法〉等3个人事调动配套文件的通知》（丰委组〔2024〕77号）等文件精神，经研究，决定开展县卫生健康委直属事业单位考调工作人员工作。现将有关事项通告如下：

**一、考调原则及方式**

本次考调坚持公开、公正、竞争、择优的原则，按照德才兼备的标准，采取笔试与面试相结合的方式进行。

**二、考调岗位及名额**

本次考调县医共体服务中心工作人员11名，县基本药物采购中心1名，具体岗位指标见《2025年丰都县卫生健康委直属事业单位考调工作人员岗位一览表》（附件1）。

**三、考调对象及条件**

**（一）凡符合下列条件的人员，经编制所在单位同意后均可参加报名**

1.丰都县各医疗卫生机构在编在岗工作人员；

2.具有良好的政治素质、专业素质、品行端正、实绩突出、群众公认；

3.原则上具有本科及以上学历，拥有县级及以上荣誉表彰或副高及以上职称资格的可放宽至专科及以上学历；

4.年龄要求：男性50岁以下，女性45岁以下；

5.报名前已满规定的最低服务期或与原单位约定的最低服务期；

6.近3年年度考核均为合格及以上等次；

7.具有考调岗位要求的学历、专业、职称资格及其他条件；

8.正常履行职责的身体条件；

9.符合《丰委组关于印发〈丰都县党政群机关和事业单位人员调动管理办法〉等3个人事调动配套文件的通知》（丰委组〔2024〕77号）等文件精神中的有关要求；

10.符合事业单位人事管理回避规定。

**（二）具有下列情形之一的，不得参加考调**

1.基层医疗卫生机构现任正、副职人员未满5年的；

2.试用期内的事业单位人员；未满事业单位招录（聘）公告中或双方签订的事业单位聘用合同约定最低服务期限的事业单位人员；签有定向就业协议，且仍在协议服务期限内的农村订单定向生；定向就业协议期满，但基层服务未满3年的人员；

3.曾因犯罪受过刑事处罚的人员；被开除中国共产党党籍的人员；尚未解除党纪、政务处分或期满影响使用的、正在接受纪律审查尚未做出结论的人员；涉嫌违法犯罪正在接受调查尚未做出结论的人员；因违反机关事业单位工作人员招录（聘）纪律处于禁考期的人员；最高人民法院公布的失信被执行人；国家有关部委联合签署备忘录明确的失信情形人员；

4.其他有关情形。

**（三）年龄、工作经历年限计算**

1.本方案所要求的年龄计算截止时间为2025年11月30日，如“45周岁以下”，指未满46周岁，在1979年11月30日及以后出生，以此类推。

2.本方案所要求的工作经历年限计算截止时间为2025年10月11日，如“从事某某工作满3年”，指2025年10月11日前，已从事该项工作满3年，以此类推。

**四、报名及资格审查**

本次考调采用现场报名方式。

1.报名时间：2025年10月14日—15日上午9:00—12:00，14:30—17:00（逾期不再受理）。

2.报名地点：丰都县卫生健康委312办公室。

报名联系电话：023-70722723　　联系人：熊老师

3.现场资格审查：报考人员认真阅读本简章，结合考调岗位、专业和条件按要求填写《2025年丰都县卫生健康委直属事业单位公开考调报名表》，由所在单位签署意见并加盖公章后到县卫生健康委进行现场报名。

4.须提供材料：报考人员需携带本人有效身份证、毕业证、资格证和执业证等原件及复印件1份，近3年年度考核结果复印件1份，所有复印件均需加盖单位公章，1寸免冠近照2张，到报名地点由主管部门进行资格审查。委托他人报名的，在出具上述证件、材料的同时，还应出示委托人的委托书和被委托人的身份证原件及复印件。审核不通过的，不能参加考试考核。报名者对所提供材料的真实性、有效性负责。

5.准考证领取：2025年10月21日上午9:00—12:00，14:30—17:00（逾期不再受理），报考人员持身份证在县卫生健康委312办公室领取准考证，未按时领取准考证而带来的影响责任由报考者自行承担。笔试时间、地点见准考证。

6.本次考调不设笔试开考比例。

**五、考试考核**

本次公开考调考试包括笔试和面试。笔试、面试由县卫生健康委组织实施，县人力社保局参与指导和监督。

**（一）笔试**

1.笔试科目为《综合知识测试》，笔试满分为100分，采用闭卷笔答方式。主要测试报考人员的行政管理知识、宏观思维和文字表达能力。考试不指定复习用书。

2.笔试具体时间、地点及注意事项以《准考证》为准。参考人员持准考证、本人居民身份证原件，到指定时间地点参加考试。

3.笔试后进入面试环节规则：

（1）笔试缺考或零分的，不得进入面试环节。

（2）各岗位进入面试的人选，按照面试人数与考调岗位名额3:1比例，根据笔试成绩从高到低依次确定。若最后一名进入面试环节人选的笔试成绩相同，则并列进入。

（3）若实际参加面试人选达不到预定比例的，最低可按1:1比例确定。

4.笔试成绩及面试时间、地点于笔试后5个工作日内，在县卫生健康委一楼公示栏公示，请考生自行查询，不再另行通知。

**（二）面试**

1.面试为综合面试，采用结构化面试的方式，时间不少于10分钟，分值为100分。主要对报考人员的综合分析和职业素养等方面进行综合考量。

2.面试组织工作按照《重庆市事业单位公开招聘工作人员面试办法》（渝人社发〔2016〕281号）等执行。未按规定时间到指定地点参加面试的，取消面试资格。因面试考生主动放弃或迟到等因素导致实际参加面试人数比例低于3:1的，按计划继续组织实施面试。面试成绩当场公布并由考生签字确认。

3.面试成绩未达到60分者，以及未能形成有效竞争的岗位考生面试成绩未达到70分者，不能确定为考察对象。

4.面试考官对考生面试成绩评定在60分以下或90分以上的，须在评分表中说明理由。考生面试成绩最后结果在60分以下或90分以上的，面试考官组须写出书面报告，报县卫生健康委备案。

**（三）考试考核总成绩计算规则**

1.总成绩＝笔试成绩×50%+综合面试成绩×50%。

2.总成绩采取百分制计算，四舍五入后精确到小数点后两位数。

3.面试成绩、总成绩及进入考察人员名单面试后，次日上午12时前在县卫生健康委一楼公示栏公示，不再另行通知。

**六、考察**

1.按照考调岗位人数，根据考生考试考核总成绩从高到低1:1等额确定。若考试考核总成绩出现并列时，则依次按综合面试成绩、笔试成绩、相应职称、符合岗位资格条件的学历、参加工作时限（按档案审核认定时间为准）的顺序，高者优先确定。若仍相同，则加试结构化面试，以加试成绩高者优先。

2.考察工作由县卫生健康委会同考调单位按照《丰都县党政群机关和事业单位人员调动管理办法》，对进入考察人员资格条件进行复审，考察组应查阅考察人选的干部（人事）档案，核实在编在岗、工作经历及最低服务期、是否符合回避规定等情况，审核拟聘人员提供的报名材料及其他有关材料是否属实，注重采取实地考察、延伸考察、官方网站查询等方式进行查证，并将有关材料作为考察结论的重要附件。其中，学历、学位及信用情况应通过中国高等教育学生信息网（chsi.com.cn）、中国执行信息公开网（zxgk.court.gov.cn）、“信用中国”网站（creditchina.gov.cn）等进行查证。

3.考察中发现提供虚假材料、隐瞒事实真相，或提供材料、信息不实影响审核结果的，或干扰、影响客观公正考察的，给予考察不合格结论。

4.考察人选应积极配合考察，对拒不配合的，可视为放弃考察资格。若有报考人员考察不合格或考察中经确认自动放弃资格，其缺额按以下规则确定递补人选：按该岗位报考人员考试考核总成绩从高到低依次递补，递补人选的面试得分应符合本公告第五条的相关规定。

**七、公示**

经考察合格人员名单将在丰都县卫生健康委机关公示栏进行公示，公示时间为7个工作日。拟聘人员名单公示后，因各种原因再出现缺额的，该岗位不再递补。

**八、其他**

1.报名参加考调的工作人员应对自己申请的考调岗位在调动后可能对本人职称等待遇造成的影响进行全面研判，并自愿承担由此可能带来的损失。如因个人原因主动放弃调动的，将记入个人诚信信息并装入档案，3年内不得报考或调动到其他机关事业单位。

2.考调人员调动到县卫生健康委直属单位后，必须在该单位工作2年及以上，具体工作岗位接受县卫生健康委统一安排。

**九、纪律与监督**

1.事业单位公开考调工作人员是公开选拔优秀人才的重要渠道，必须严肃人事工作纪律，确保考调工作顺利进行。参照执行《事业单位公开招聘违纪违规行为处理规定》（人力资源和社会保障部令第35号）、《事业单位人事管理回避规定》（人社部规〔2019〕1号），以及《关于印发〈重庆市事业单位考核招聘工作人员办法〉等6个公开招聘配套文件的通知》（渝人社发〔2016〕281号）等规定，自觉接受纪检监察和社会监督，严禁徇私舞弊。发现报考人员档案材料或信息存疑的，应当立即查核，未核实前，暂停考调流程或聘用。经核实不符合报名条件或有不正当竞争行为的，取消报名资格或进入下一环节资格；已完成办理人事关系转聘手续的，人事关系应按规定退回原单位。

2.各医疗卫生机构要张贴公告，让职工熟悉报考条件，如实提供证明材料，相关负责人要严格资格审查。报考人员在参加考调过程中有违反公开考调规定、弄虚作假、考试作弊等违纪违规行为的，一经查实，视为品行不端及不诚信行为，县卫生健康委将有关情况通报其所在单位，5年内不得再次参加考调考试，并视其情节轻重给予相关人员组织处理或党纪政纪处分。

**十、本公告由丰都县卫生健康委员会负责解释**

附件：1.2025年丰都县卫生健康委直属事业单位考调工作

人员岗位一览表

2.2025年丰都县卫生健康委直属事业单位考调报名表

3.工作经历证明（模板）

附件1

## 2025年丰都县卫生健康委直属事业单位考调工作人员岗位一览表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 招聘 单位 | 招聘岗位 | 岗位类别及等级 | 招聘 名额 |  | 备注 |
| 工作经历 |
| 1 | 县医共体服务中心 | 组织人事岗 | 专技十二级以上 | 1 | 熟悉组织人事工作，有一定的文字功底，从事组织人事管理工作3年及以上（中共党员）。 |  |
| 2 | 县医共体服务中心 | 绩效管理岗 | 专技十二级以上 | 1 | 熟悉绩效管理工作，有一定的写作水平，从事绩效管理3年及以上。 |  |
| 3 | 县医共体服务中心 | 项目管理岗 | 专技十二级以上 | 1 | 熟悉项目管理工作，有较强的协调能力，从事项目建设工作3年及以上。 |  |
| 4 | 县医共体服务中心 | 办公室工作岗 | 专技十二级以上 | 1 | 熟悉办公室工作，有较强的写作能力，从事办公室工作3年及以上（中共党员）。 |  |
| 5 | 县医共体服务中心 | 公共卫生岗 | 专技十二级以上 | 2 | 熟悉公共卫生管理工作，有较强的协调能力，从事公共卫生管理工作3年及以上。 |  |
| 6 | 县医共体服务中心 | 医疗质量控制岗 | 专技十二级以上 | 2 | 熟悉医疗质量管理工作，具有较强的组织协调能力，从事医疗质量监督管理工作3年及以上。 |  |
| 7 | 县医共体服务中心 | 疾病防控岗 | 专技十二级以上 | 2 | 熟悉疾病防控管理工作，从事疾病防控管理工作3年及以上。 |  |
| 8 | 县医共体服务中心 | 政策法规岗 | 专技十二级以上 | 1 | 熟悉行政服务相关政策法规，从事行政服务3年及以上。 |  |
| 9 | 县基本药物采购中心 | 会计岗 | 专技十二级以上 | 1 | 熟悉会计工作，从事会计工作3年及以上，具有中级及以上职称。 |  |

附件2

2025年丰都县卫生健康委直属事业单位考调报名表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 | |  | | 出生年月 | |  | | 贴照片处（近期免冠1寸照片） | |
| 学历 |  | 毕业院校及专业 | | | |  | | | |
| 参加工作  时间 |  | 工作单位 | | | |  | | | |
| 现任职岗位 | |  | | | | | 已聘专技职称 | | |  | |
| 年度考核  情况 | 2022年 | | | | 2023年 | | | | 2024年 | | |
|  | | | |  | | | |  | | |
| 报考单位及岗位 |  | | | | 是否愿意高职低聘 | | | |  | | |
| 工作（学习）经历 | | | | | | | | | | | |
| 起止时间 | | | 工作单位 | | | | 具体从事工作 | | | | 备注 |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | |  | | | |  |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | |  | | | |  |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | |  | | | |  |
| 年 月— 年 月 | | |  | | | |  | | | |  |
| 本 人  承 诺 | 本人系单位正式在编在岗工作人员， 年 月入职在编，现参加丰都县卫生健康事业单位公开考调工作人员考试考核，将按照考调公告规定严格执行流程要求。现承诺如下：  （一）未处于试用期和最低服务期限内；（二）已认真阅读并理解本次考调公告，本表中所填报信息属实，符合报考条件。如以上信息不实，本人愿承担相应责任。  签字： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 所 在  单 位  意 见 | 该同志未处于最低服务期限内，我单位将配合做好拟聘用考察、人事档案审查及其他相关手续办理。  负责人签字： 单位盖章：    年 月 日 | | | | | | | | | | |

资格审核人签字：

附件3

工作经历证明（模板）

经核查，\*\*\*，身份证号\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*，为我院在编人员，\*\*\*\*年\*\*月至\*\*\*\*年\*\*月在我院所属\*\*从事\*\*工作，\*\*\*\*年\*\*月，符合从事\*\*工作X年及以上的要求。

情况属实，特此声明。

负责人（签字）：

公章：

时间：