关于公开选调台州市医疗保障局  
下属参公事业单位工作人员的公告

根据工作需要，按照《公务员法》及有关规定，台州市医疗保障局下属参公事业单位台州市医疗保险服务中心决定面向全市公开选调工作人员。现将有关事项公告如下：

一、选调计划

三级主任科员及以下人员3名。

二、选调范围

1、全市各级机关(含乡镇机关和参公单位)行政编制或参照公务员编制、在编在职的人员。

2、中央、省属在台州单位符合上述条件的也可报名。

三、选调岗位及相关要求

1.会计岗位1名：全日制大学本科及以上学历，财务管理、会计等相关专业，以及其他专业但持有会计从业资格证的，具有一年以上财务管理经验。

2、医保结算管理岗位1名：全日制大学本科及以上学历，医学、药学、医疗保障领域公共管理学、数学、统计学、计算机等相关专业，具有一年以上相应专业工作经验。

3.综合管理岗位1名：全日制大学本科及以上学历，不限专业（同等条件下，具有法律职业资格证的优先），有较强的文字能力和综合协调能力。

四、选调基本条件

选调人员除具有《公务员法》第13条规定之外，还须具备以下条件：

1.具有良好的政治素质和较强的事业心、责任心，廉洁奉公、遵纪守法、身体健康。

2.年龄在35周岁以下（1986年6月30日以后出生），全日制研究生及以上学历或高级职称可放宽至1981年6月30日以后出生，近三年年度考核结果均在称职及以上等次。

3.县（市、区）机关新录用的公务员， 应在同一机关工作满 3 年，截至2021年6月30日；乡镇（街道）机关新录用的公务员，应在乡镇（街道）机关工作满 5 年（含试用期），截至2021年6月30日；新录用公务员与招录机关签订最低服务工作年限的，按协议执行；专业技术类、行政执法类公务员，按相关规定执行。

4.受过党纪政务处分的，涉嫌违纪违法正在接受有关专门机关审查尚未作出结论的，列入失信黑名单的，不得参与选调。

五、报名方式

1.报名采用网络报名和现场报名两种方式。

现场报考人员须携带身份证、毕业证书、学位证书原件、复印件及《台州市医疗保障局公开选调参公事业单位工作人员报名表》（附件）（在本公告附件中下载，A4纸正反面打印）各1份、近期2寸免冠照片1张。

网络报考人员须提供上述相关材料的电子扫描件及报名表，一并发至邮箱：368906353@qq.com，（请在报名邮件主题中注明“姓名+报考岗位”字样，并来电确认）。网络报名人员须在考试前一天提供报考相关资料原件，送台州市医疗保障局办公室审核，如不能提供，则取消考试资格。

《台州市医疗保障局公开选调参公事业单位工作人员报名表》可在以下网址进行下载：

台州市医疗保障局（http://ylbzj.zjtz.gov.cn/）公告栏；

台州党建网（http://www.zjtz.gov.cn）公告栏；

台州人才网 ( http://www.tzrc.cn )公告栏。

2.报名时间：2021年7月2日--7月15日，现场报名限工作日上班时间（上午8:30—12:00、下午14:00—17:00）。

3.报名地点：台州市医疗保障局办公室（椒江区东环大道143-147号，台州人力社保大楼902室）。

4.联系方式：0576-88513323和0576-88513357；0576-88513327(传真)；368906353@qq.com。

六、选调方式

1.资格审查。对报名人员进行资格审查，确定进入笔试人员名单。如每个岗位符合报考条件人数与拟选调人数比例不足8:1的，则取消该岗位选调计划。

2.笔试。具体时间、地点另行通知，笔试满分100分，成绩占总分40%。

3.面试。根据笔试成绩由高到低，按照选调岗位数1:8的比例确定面试对象,面试满分100分，成绩占总分60%。参加选调对象需在面试前一天取得所在单位选调同意意见，如不能取得所在单位同意意见，将取消面试资格，根据笔试成绩由高到低依次递补。

考试信息将在台州市医疗保障局网站（http://ylbzj.zjtz.gov.cn/）公告栏上公布。

4.确定入围人选。根据考试综合成绩（以笔试成绩占总分40%、面试成绩占总分60%计算）60分及以上的从高到低排序，按选调职位数1:3的比例确定入围人选，考试综合成绩低于60分的不作为入围人选对象。

5.体检。入围人员参照现行《公务员录用体检通用标准（试行）》进行体检，如不按规定时间、地点参加体检的，视作放弃选调资格。

6.考察。对入围人员体检符合有关规定的进行考察，着重了解考察对象的德、能、勤、绩、廉等情况，因考察对象自动放弃或考察结论不宜录用的，将在入围人员中符合体检要求按综合成绩从高到低依次递补。

7.确定选调对象。综合考虑考试成绩和体检、考察情况，召开台州市医疗保障局党组会，听取考察情况汇报，择优确定选调对象，并按有关规定和组织程序办理正式调动手续。

未尽事宜，由台州市医疗保障局办公室负责解释。

台州市医疗保障局

2021年7月1日

附件：

**台州市医疗保障局下属参公事业单位公开选调报名表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 | |  | 出生年月  （ ）岁 |  | 照片 |
| 民族 | |  | 籍贯 | |  | 出生地 |  |
| 入党  时间 | |  | 参加工作时间 | |  | 健康状况 |  |
| 身份证  号码 | |  | | | | | | |
| 学历  学位 | | 全日制 | |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 在职教育 | |  | | 毕业院校系及专业 |  | |
| 联系电话 | | | |  | | 单位性质  （行政/参公） |  | |
| 现工作单位及职务 | | | |  | | | | |
| 个  人  简  历 | (注：从高中开始填写) | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 奖  惩  情  况 |  | | | | |
| 主  要  工  作  业  绩 |  | | | | |
| 家  庭  主  要  成  员  及  重  要  社  会  关  系 | 称谓 | 姓 名 | | 政治面貌 | 工作单位及职务 |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| 本人申明：上述填写的内容真实完整，如有不实，本人愿意承担取消选调资格的责任。  签名：  年 月 日 | | | | | |
| 所在单位负责人意见 | | | （同意报名参与选调。）  签名（盖章）：  年 月 日 | | |