附件2

基层单位岗位职数使用审核表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章）： | | | | | | | | | | | | | |
| 单位主管部门 | | |  | | | | | | 医院等级 | | |  | |
|  | 卫生专业技术人员岗位核准数 | | | 卫生专业技术人员实有聘任人数 | | 卫生专业技术人员未使用核准岗位数 | | | | | | | |
| 未使用  核准岗位数 | | | | 单位拟分配闽卫人〔2006〕198号高级岗位数 | | | 单位拟分配闽卫人〔2015〕127号高级岗位数 |
| 正高 |  | | |  | |  | | | |  | | |  |
| 副高 |  | | |  | |  | | | |  | | |  |
| 127号正高  申报人员名单 | |  | | | | | | | | | | | |
| 127号副高  申报人员名单 | |  | | | | | | | | | | | |
| 单位人事部门负责人签字 | | | | |  | | 单位负责人签字 | | | |  | | |
| 主管部门审核意见 | 年 月 日 | | | | | 人社部门审核意见 | | 年 月 日 | | | | | |