附件9

2024年度抚顺市卫生系列副高级专业技术资格申报岗位汇总表

填报单位：（公章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申报****单位** | **申报****级别** | **核定****岗位数** | **现聘任****人数** | **空余****岗位数** | **方式一** | **方式二** | **符合参评****条件人数** | **核定****参评数额** | **推荐****参评人数** |
| **取得资格****未聘人数** | **绝对空余****岗位数** | **岗位设置数10%** |
|  | **正高** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **副高** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **正高** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **副高** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **正高** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **副高** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

注：1.核定参评数额：选择方式一或方式二确定的参评数额。2.符合参评条件人数：当年符合学历和资历、工作量、业务能力和工作业绩、专业理论和能力要求并且专业实践能力考试合格的人数。