附件3

岗位聘用核定单

申报单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **推荐参评人员：正高** | | | **推荐参评人员：副高** | | | **卫健部门核定意见** | | **人社部门核定意见** | |
|  | | |  | | | 年 月 日 | | 年 月 日 | |

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。