附件4

安康市机关事业单位工勤技能岗位操作技能考核结果汇总表

填报单位：（盖章） 填报时间： 填报人： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 工作单位 | 姓名 | 出生年月 | 申报等级 | 申报工种 | 考核结果（合格/不合格） |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

备注：此表由报考人员所在单位填报，纸质和电子版一并报送相关部门。（复合认定人员和临近退休人员不参加考核）

主管部门：盖章 人社部门：盖章