**经自治区指挥部抽调支援抗疫工作视同基层服务审核表**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名：  身份证号： | 申报人  所在单位 |  |
| 从事疫情防控工作时的所在单位 |  | |
| 从事疫情防控工作时的所在岗位 |  | |
| 经自治区指挥部抽调支援抗疫城市 |  | |
| 经自治区指挥部抽调支援抗疫时间（不含休整期） | 年 月 日至 年 月 日 | |
| 申请视同完成基层服务天数 |  | |
| 单位疫情防控主管部门审核意见：  审核人： （部门盖章）  年 月 日 | | |
| 本表已在单位公示5个工作日，群众无异议。  单位人事（职改）部门  负责人： （部门盖章）  年 月 日 | | |
| 单位审核意见：  （盖章）  年 月 日 | | |

本表审核完成后考生自己保管，报名时单位审核原件在复印件上盖与原件相符章，上交复印件。