附件3

新疆维吾尔自治区就业困难人员初审公示

（模板）

根据有关规定，经初步审查，本辖区内下列人员符合就业困难人员认定条件，现公示３个工作日，公示时间为＊年＊月＊日—＊年＊月＊日。

如有不同意见，请于公示期间拨打监督电话反馈意见，尽可能提供事实依据，并留下真实姓名和联系方式。

监督电话：＊＊＊＊＊＊＊　　　联系人：＊＊＊

**就业困难人员初审公示名单**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证号** | **就业困难类型** | **所属社区（村）／街道（乡镇）** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

　　　　　　　　　　　　　经办机构名称（公章）

　　　　　　　　　　　　　　＊年＊月＊日

自治区人力资源和社会保障厅办公室 2025年9月5日印发