

附件 1



“吃空饷”问题自查自纠情况表

填报单位 (公章) 校医院

填报日期: 2023.12.19

本单位人数	在岗人数	是否已按规定内部公示自查情况	
150	150	是 <input checked="" type="checkbox"/>	否 <input type="checkbox"/>
单位“吃空饷”情况			
“吃空饷”情形		自纠情况	
无			
个人“吃空饷”情况			
姓 名	“吃空饷”情形	处理情况	
	属于情形之_____		
	属于情形之_____		
	属于情形之_____		
	属于情形之_____		
备注: 1、上列情况须在自查报告中一一陈述情形及处理情况(或意见)。 2、个人“吃空饷”按政策界限所列情形填数字;单位情形据实填写。			

填表人: 李晓燕

审核人: 杨蕾

单位负责人: 王斌