**附件5：半导体所新入编人员保健津贴确认表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓 名** |  | **课题组** | |  |
| **职 称** |  | **员工编号** | |  |
| **工作类别** |  | | | |
| **享受保健津贴**  **类 别** |  | | | |
| **课题组长**  **或**  **职能部门**  **负责人**  **意 见** | 本人确认上述情况属实。  课题组长签名:  年 月 日 | | 本人确认上述情况属实。  职能部门负责人签名：  年 月 日 | |
| **保健津贴**  **工作小组**  **监督审核意见** | 组长签名： 年 月 日 | | | |
| **备 注** | **1.“工作类别”一栏按照《半导体所保健津贴的工作类别标准》填写具体工作内容；“享受保健津贴类别”一栏填写“一类、二类或三类”。**  **2. 课题组新入编员工享受保健津贴类别如超出研究所保健津贴工作小组已审核的保健津贴范围，需提请工作小组讨论；未超出范围的，保健津贴工作小组授权人事处按照课题组意见执行。**  **3.研究所职能部门新入编员工享受保健津贴类别均需提请保健津贴工作小组审核批准。** | | | |