**附** **件** **7**

**服务业绩考核认定合格的专家汇总表**(以市州为单位填写)

填报单位(人社部门盖章) 联系人： 联系电话(办公电话、手机): 填表日期： 年 月 曰

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 专家姓名 | 所在单位 | 服务企业名称 | 服务业绩 | **考核是否合格** | **备注** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

—15 —