附件2

就业困难人员初审公示

根据有关规定，经初步审查，下列人员符合就业困难人员认定条件，现予以公示3个工作日，公示截止时间为 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** | **所属社区（村）** | **姓名** | **类别** |
| 1 | 区 镇 社区 | 张三 | 残疾人员 |
| …… |  |  |  |
| …… |  |  |  |

经办机构名称（加盖公章）

年 月 日