

附件3

就业资金补助2023年下半年“三支一扶” 人员工作生活和社会保险补贴资金财会监督责任人报备表

填报部门（公章）：

序号	部门（单位）	姓名	职务	联系电话

填报人：

填报时间：

注：各单位此项资金财会监督责任人为本单位主要负责人。