附件2

高级专家延长退休年龄审批表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 工 号 |  | 姓 名 |  | 性 别 |  |
| 职 称 |  | 出生年月 |  | 所在单位 |  |
| 聘任岗级 |  | 健康状况 |  | 联系电话 |  |
| 符合延长退休年龄的条件 |  | | | | |
| 拟延长退休后承担的主要工作 |  | | | | |
| 所在单位  意见 | 符合条件为：  负责人签名： 盖 章：  年 月 日 | | | | |
| 研究生院  意见 | 符合条件（ ） 不符合条件（ ）    负责人签名： 盖 章：  年 月 日 | | | | |
| 科研部门  意见 | 符合条件（ ） 不符合条件（ ）  负责人签名： 盖 章：  年 月 日 | | | | |