|  |
| --- |
| 淮 安 市 职 工 花 名 册 |
| 单位名称： 单位社保编号： 填表日期： 年 月 日 |
| 序号 | 姓 名 | 身 份 证 号 码 | 户籍性质 | 文化程度 | 联系电话 | 就业类型（初次、再就业、其他） | 从业工种（岗位） | 本次劳动合同起止时间 | 备案日期 | 参保缴费基数 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  我单位承诺已与办理就业登记的人员签订劳动合同，建立劳动关系，且填报的信息真实有效。如有伪造、虚构等欺瞒行为，本单位承担全部法律责任。 |
| 单位负责人： 经办人： 单位地址： 联系电话： |
| 就业管理机构意见： 以上 名录用人员已审核。 审核人签名： （业务专用章） 年 月 日  |