绍兴市区小微企业招用高校毕业生社保补贴

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请单位信息 | 单位名称（盖章） |  | 所属行业 |  | 所属产业 |  | 注册资本 |  |
| 企业法人 |  | 企业性质 |  | 执照编号 |  | 单位地址 |  |
| 开户银行 |  | 银行账号 |  | 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 就业人员情况 | 序号 | 姓 名 | 毕业时间 | 毕业院校 | 学历 | 劳动合同起止时间 | 社保编号 | 社保缴纳起止时间 | 社保缴纳标准 | 补贴金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人力社保部门经办机构审核意见 | 核定人数： 人， 核准补助金额： 元。经办人：  （盖章）年 月 日 |

注：本表格一式2份