附件 2



参保单位名称（盖章）： 单位编码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 个人编号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 上年月平均工资（元） | 人员状态 | 农民工标识 | 联系电话 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  |  |  |

在职人数： 上年月平均工资合计（元）：

单位经办人员（签字）： 单位负责人（签字）： 申报时间：

说明：1.如实填报个人上年月平均工资及联系电话(电话号码中不能存在字符)。

2.此花名册在客户端中自动生成，需单位自行打印。