**企业情况说明表**

填报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 机构名称 |  | 单位社会保险登记证号 |  |
| 机构注册地址 |  | 机构性质 |  |
| 联系人 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 序号 | 申请月份 | 实际人数 | 参保人数 | 未参保人数 | 退休人数 | 实习人数 | 其他 |
| 1 | 1月 |  |  |  |  |  |  |
| 2 | 2月 |  |  |  |  |  |  |
| 3 | 3月 |  |  |  |  |  |  |
| 4 | 4月 |  |  |  |  |  |  |
| 5 | 5月 |  |  |  |  |  |  |
| 6 | 6月 |  |  |  |  |  |  |
| 7 | 7月 |  |  |  |  |  |  |
| 8 | 8月 |  |  |  |  |  |  |
| 9 | 9月 |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 10月 |  |  |  |  |  |  |
| 11 | 11月 |  |  |  |  |  |  |
| 12 | 12月 |  |  |  |  |  |  |
| 文字说明 | 可附页 |
| 制表人 |  |
| 申请单位承诺 | 以上信息确认无误，提交材料真实有效，如有不实后果自负。负责人： 年 月 日 |
| 镇劳动保障所意见：审核人：负责人： （公章）年 月 日 |