附件2

单位吸纳就业困难人员明细表

申报单位（盖章）： 单位：元

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 就业创业证号码 | 劳动合同  起止时间 | 申请社会保险补贴  期限 | 单位缴纳部分社会保险费合计 | 其中： | | | | 申请岗位补贴期限 |
| 养老 | 医疗 | 生育 | 失业 |  |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 | 年 月至 年 月 |  |  |  |  |  | 年 月至 年 月 |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填表人： 联系电话：