

附件 1:

海曙区用人单位招用喜德县劳动者爱心岗位补贴申请表

申报单位:

申报日期:

年

月

日

单位地址		统一社会信用代码				
法人代表		是否人力资源机构	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
经办人		联系电话				
开户名		开户银行				
开户账号						
招用喜德县劳动者就业情况 (稳岗 3 个月以上)						
序号	姓名	身份证	是否脱贫劳动者	就业起止时间 (年-月-日~年-月-日)	就业月数	补贴金额 (元)
合计: 招用对口地区就业人数共____人, 补贴____元; 其中脱贫人员____人, 补贴____元。						
申报单位 意见	<p>本单位承诺: 以上内容及所提供材料真实有效。如与实际情况不一致, 本单位愿意承担相应责任。</p> <p><input type="checkbox"/>人力资源机构承诺 (请勾选): 已与用工单位就补贴资金分配达成协议。</p> <p>法人代表或负责人签名: 单位盖章:</p>					
经办单位 审核意见	<p>经审核, 该机构合计申报____人, 符合条件____人, 合计补贴____元。</p> <p>经办人: _____ 审核人: _____</p>					