附件 2

# 一次性吸纳高校毕业生就业补贴人员名单

单位名称（公章）

| 序号 | 姓 名 | 身份证号码 | 毕业时间 | 工作岗位 | 合同签订起止时间 | 享受月数 | 社会保险补贴（元） | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | 养老保险 | 医疗保险 | 失业保险 | 工伤保险 | 生育保险 | 合计（元） |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 合 计 | | | | | | | | | | | | |

填表人（签字）：　　联系电话：　　负责人（签字）：

注：此表一式 2 份（由县区填报并附电子表格），县（区）公共就业服务机构、市就业和人才服务中心各留存一份。