附件3

用人单位吸纳就业社保补贴人员名册

单位名称（盖章）：填写日期：年 月

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 员别 人类 | 学历 | 业间 毕时 | 联系方式 | 劳动合同起止日期 | 申请补贴起止日期 | 申请补贴金额 | 核定享受起止日期（经办机构填写） | 核定补贴金额（经办机构填写） |
|  |  |  |  |  |  |  | 一 | — |  | — |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 一 | — |  | 一 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 一 | — |  | 一 |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 一 | 一 |  | — |  |
|  |  |  |  |  |  |  | - | 一 |  | — |  |
|  |  |  |  |  |  |  | 一 | 一 |  | - |  |
| 合计 |  |

填表备注：1.人员类别填写（1）毕业2年内的高校毕业生，（2）生活困难的就业困难人员。

2.非高校毕业生无需填写学历和毕业时间。