附件2

武胜县用人单位劳动保障书面审查

登记表

（2023年度）



填报单位（盖章）

武胜县人力资源和社会保障局 制

说 明

一、用人单位应提交的审查资料

1、武胜县劳动保障书面审查登记表；

2、企业法人营业执照（事业法人、社会团体、民办非企业单位登记证）；

3、2023年12月份员工工资表；

4、单位与不同岗位员工签订的劳动合同（不少于5人）；

5、实行综合计算工时工作制和不定时工作制的批件；

6、全年社会保险缴费凭证；

7、用人单位因经营困难，申请缓缴社会保险费的，应提供人力资源社会保障行政部门批准的证明手续；

8、其他能够说明自查情况的材料。

9、以上材料均可携带复印件，复印件需加盖单位公章。

二、填写要求

1、表中的职工人数均指上年度12月份人数；

2、职工总人数包含使用劳务派遣人数；

3、无工会组织的单位由3—5名职工代表签署意见；

4、填写本表是为了客观、全面反映用人单位在全年当中贯彻执行劳动和社会保险法律、法规的总体情况，不涉及用人单位对外的其他工作，请务必如实填写，劳动保障监察机构依法对表中内容保密。

三、本登记表一式两份，审核后单位留存一份，劳动保障监察部门备案一份。

用人单位基本信息

|  |  |
| --- | --- |
| 单位名称（全称） |  |
| 注册地址 | 区（市、县） 街道（乡镇）  路 号  | 邮编 |  |
| 现办公地址 | 区（县） 街道（乡镇） 路 号  |
| 法定代表人 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
| 移动电话 |  |
| 人力资源部门负责人 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
| 移动电话 |  |
| 注册机关 |  | 统一社会信用代码 |  |
| 成立时间 |  | 注册资金 |  |
| 单位性质 |  | 主管部门 |  |

劳动用工和社会保障基本信息

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 职工总人数 |  | 女职工人数 |  | 其中：离退休返聘人数 |  |
| 劳务派遣人数 |  |
| 劳动合同 | 实际签订合同人数 |  | 未签订合同人数 | 本年度减员情况 | 经济补偿金给付情况 |
| 固定期限 | 无固定期限 | 以完成一定工作任务为期限 |  | 退休人数 | 解除合同人数 | 终止合同人数 | 人数 | 金额 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 集体合同 | 是否签订 □是；□否 | 合同期限： 年 月 日至 年 月 日 |
| 劳务派遣 | 有无劳务派遣 | □有； □无 |
| 劳务派遣主要岗位 | 1. 2. 3. 4. |
| 劳务派遣单位名称 |  |
| 劳务派遣单位地址 |  |
| 劳务派遣单位联系方式 | 法人代表（联系电话） | 经办人姓名（联系电话） |
|  |  |
| 工作时间 | 实行标准工时制度人数 |  |
| 实行综合计算工时制度人数 |  | 是否经过审批 | □是；□否 |
| 实行不定时工作制人数 |  | 是否经过审批 | □是；□否 |
| 劳动报酬 | 2023年度单位工资总额 |  | 月工资支付日期 |  |
| 职工月最低工资 |  | 是否按规定支付加班工资 | □是；□否 |
| 是否存在拖欠工资现象 | □是； □否 | 拖欠工资人数 |  | 累计拖欠金额 |  |
| 社会保险 |  险种 内容 | 养老保险 | 失业保险 | 医疗保险（含生育保险） | 工伤保险 |
| 应参保人数 |  |  |  |  |
| 实际参保人数 |  |  |  |  |
| 全年应缴费金额 |  |  |  |  |
| 全年实际缴费金额 |  |  |  |  |
| 是否按时足额缴纳 |  |  |  |  |
| 填报人 |  | 职务 |  | 办公电话 |  |
| 移动电话 |  |
| 单位工会意见 | （盖 章）年 月 日 | 主管部门意见（国有、集体单位填写） | （盖 章） 年 月 日 |
| 用人单位自查意见 | 填报前，本单位已学习有关劳动保障法律、法规、政策，认真进行了自查并如实填报各项数据，所有数据真实无误。如有虚假、瞒报，愿承担法律责任。（单位盖章）法定代表人签名： 年 月 日 |
| 劳动保障监察机构审核意见 | （盖 章） 年 月 日 |