附件2

广安市广安区用人单位劳动保障书面审查

登记表

（2024年度）



填报单位（盖章）

广安市广安区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、广安市广安区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、2024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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |