附表7

浙江省机关事业单位养老保险在职人员申报表

单位名称： 单位编码：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 证件类型 |  | 证件号码 |  |
| 民族 |  | 户籍所在地 |  |
| 联系地址 |  | 联系手机 |  |
| 邮编 |  | 当前个人身份 |  | 是否保密人员 |  |
| 2014年9月30日个人身份 |  | 2014年9月30日人员类别 |  |
| 公务员 | 2014年9月30日职务： 　级别： 　档次： 是否领导职务： |
| 机关工勤人员 | 2014年9月30日技术等级： 　岗位档次：  |
| 事业单位专业技术人员 | 2014年9月30日岗位： 　薪级：  |
| 事业单位管理人员 | 2014年9月30日岗位： 　薪级：  |
| 事业单位工人 | 2014年9月30日岗位： 薪级：  |
| 是否军转干部 |  | 转业时间 |  |
| 转业时部队职务 |  | 转业时部队技术等级 |  |
| 参加工作时间 |  | 参保日期 |  | 编制类型 |  |
| 2014年10-12月的月缴费工资 |  | 2015年度月缴费工资 |  |
| 2016年度月缴费工资 |  | 2017年度月缴费工资 |  |
|  填报人： 单位公章： 主管单位人事部门公章：填报日期： 年 月 日 |

备注：此表仅限参保单位因新招录、调入、单位合并等原因增加的，且未参加过省内机关事业养老保险的新参保人员填报。