附件2

苏州市参保企业以工代训补贴人员花名册

单位：（盖章） 单位社保编号： 联系人： 联系电话：

开户行： 银行账户：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 身份证号码 | 个人社保编号 | 人员类别 | 劳动合同期限 | 申请月份 | 补贴  金额 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

经办人： 复核人： 经办机构盖章： 年 月 日

注：人员类别包括：

①就业困难人员（含零就业家庭成员） ②离校两年内未就业高校毕业生 ③登记失业三个月以上人员 ④受疫情影响企业职工