企业受影响职工花名册

填报企业（盖章）： 填报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 年  龄 | 学历 | 身份证  号码 | 家庭地址 | 是否生活困难 | 签订劳动合同书时间 | 是否参加失业保险 | 所在岗位 | 联系  电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 以上所列人员均为我公司在岗职工，由我公司严格按照“受影响职工”条件规定要求划定。  特此声明。  企业（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |