附件1

年审编号（人力社保部门填写）：

用人单位劳动和社会保障年度

书面审查报告书

（ 年度）

单位名称（盖章）：

社会信用号码：

社会保险单位编号：

详细地址：

填报日期：

温州市人力资源和社会保障局印制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 一、 用人单位基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单 位 名 称 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 经济类型 | | | | □企业 □机关 □事业单位 □社会组织 □个体工商户 □分支机构 □其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 行业划分 | | | | □制造业 □建筑业 □批发和零售业 □住宿和餐饮业 □居民服务 □其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营状况 | | | | □正常 □破产 □注销 □被兼并 □分立 □其他 | | | | | | | | | | | | | | |
| 经营场所性质 | | | | □自有 □租赁 | | | | | | | 出租方 | | | | | |  | |
| 联系人 | | | |  | | | | | | | 联系电话 | | | | | |  | |
| 法人代表（负责人） | | | |  | | | | | | | 身份证号 | | | | | |  | |
| 联系电话 | | | | | |  | |
| 人事主管 | | | |  | | | | | | | 办公电话 | | | | | |  | |
| 手机号码 | | | | | |  | |
| 二、劳动用工情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 一、从业人员总数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 1、在岗职工人数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 其 中 | 行政事业编制数 | | | | | | | |  | | 未成年工人数 | | | | |  | | |
| 女职工人数 | | | | | | | |  | | 残疾人数 | | | | |  | | |
| 2、使用劳务派遣人数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 3、其他从业人员数 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 其中 | | 台港澳外籍职工 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 非全日制用工 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 兼职人员 | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 三、劳动合同情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （一）签订劳动合同人数 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 其 中 | | | | | 无固定期限 | | | | | | | |  | | | | | |
| 固定期限二年以上(含) | | | | | | | |  | | | | | |
| （二）招用过程有关情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 劳动合同文本有无交劳动者本人 | | | | | | | | □有 □无 | | | | | | | | | | |
| 有无收取(扣押)财物、证件或档案 | | | | | | | | □有 □无 | | | | | | | | | | |
| 年度解除终止人数 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 四、工资支付情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (一)基本情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 月工资支付日期 | | | | | | | | | | | | | | | □当月 日 □次月 日 | | | | |
| 年度工资总额 | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 其中 | | | 在岗职工工资 | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 使用劳务派遣工资 | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| 有无拖欠、克扣工资 | | | | | | | | | | | | | | | □有 □无 | | | | |
| 是否按规定支付加班工资 | | | | | | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | |
| 标准工作时间工资支付有无低于当地最低工资标准 | | | | | | | | | | | | | | | □有 □无 | | | | |
| 五、工作时间及休息休假 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 实行标准工作时间人数 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 实行综合计时工时制人数 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 实行不定时工时人数 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 审批机关及时效 | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 是否按规定执行带薪休假 | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | |
| 延长工作时间是否与工会或劳动者协商 | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | |
| 延长劳动者日工作时间是否超过3小时 | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | |
| 延长劳动者月工作时间是否超过36时 | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | | | |
| 六、社会保险参保情况 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （一）养老保险参保人员总数 | | | | | | |  | | 其  中 | | 在外单位参保人数 | | | | | | |  | |
| 按个体参保人数 | | | | | | |  | |
| （二）失业保险参保人数 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| （三）工伤保险参保人数 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| （四）医疗保险参保人数 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| （五）生育保险参保人数 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| （六）缴费情况 | | | | | | | 基本养老保险费工资申报金额 | | | | | | |  | | | | | |
| 基本医疗保险费工资申报金额 | | | | | | |  | | | | | |
| 七、其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 女职工、未成年工是否有从事国家规定禁忌从事的劳动 | | | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | |
| 女职工是否享受规定的产假 | | | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | |
| 未成年工是否定期进行健康检查并备案 | | | | | | | | | | | | □是 □否 | | | | | | | |
| 有无签订集体合同或工资集体协商 | | | | | | | | | | | | □有 □无 | | | | | | | |
| 八、其他情况说明 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上一年年度有无被当地  劳动保障行政部门  立案处理记录 | | | | | | □有 □无 | | | | | | | | | | | | | |
| 单位信用等级自评情况 | | | | | | □A □B □C | | | | | | | | | | | | | |
| 其他需说明情况 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 以上所申报各项内容真实、准确，如有虚假，本单位愿承担法律责任。  法定代表人（单位负责人）签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：1．此表为A4纸

2．用人单位在领取或下载后（一式二份），携带授权委托书、营业执照复印件各一份，纸张统一使用A4标准，在规定时间报劳动保障监察机构审查，经劳动保障行政部门审核后，劳动保障监察机构、用人单位各执一份；

3．此表用蓝黑或黑色墨水钢笔填写，字迹要清楚、工整；

4．凡属“有无”栏目，一律如实选择“有”或“无”；

5．报送单位必须对本表中所填写内容的真实性负责，劳动保障监察机构将根据具体情况抽查核实，如发现有弄虚作假等行为的，将依据《劳动保障监察条例》等有关规定严肃处理。