附件

全民参保登记工作联系表

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 地区 | 牵头单位 | 人社部门责任领导 | | | 具体联络人员 | | |
| 姓 名 | 职 务 | 联系方式 | 姓 名 | 职 务 | 联系方式 |
| 市 |  |  |  |  |  |  |  |
| 县 |  |  |  |  |  |  |  |
| 县 |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

部门负责人： 填报人： 填报日期：