

中智沈阳经济技术合作有限公司

CIIC Shenyang Economic & Technical Cooperation Co.,Ltd.

1st Floor, Building B, Fortune Plaza, No.53 Beizhan Road, Shenhe District, Shenyang Tel:8624-82511666

员工个人信息登记表

基本信息													
*姓名		*身份证号码								*性别		*民族	
*现居住地址								邮编					
*户籍性质		<input type="checkbox"/> 本市农业 <input type="checkbox"/> 本市城镇 <input type="checkbox"/> 外市农业 <input type="checkbox"/> 外市城镇		*婚姻状况				*政治面貌				*手机	
*聘用公司名称:								*E-mail:					
参保信息													
*养老保险		在沈阳是否缴纳过		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”请您在参保当月 07 日前办理停保手续				最后缴纳时间____年____月			
*医疗保险		在沈阳是否缴纳过		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”请您在参保当月 07 日前办理停保手续；请提供医保卡号非常重要 最后缴纳时间____年____月				若选“否”会在参保后 3 个月内下发医保卡，如遇在未下发医保卡住院，请持“住院通知”到我司加急制卡。			
*公积金		在沈阳市否缴纳过		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”请按附件《公积金转入函》操作				最后缴纳时间____年____月			
人事档案关系		是否需要保管		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		原单位 <input type="checkbox"/> 人才中心 <input type="checkbox"/> 劳动局 <input type="checkbox"/> 原学校 <input type="checkbox"/> 个人保管 <input type="checkbox"/> 丢失 <input type="checkbox"/> 其他							
*特殊情况		是否办理异地就医		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”请根据《员工离职须知》中关于办理异地就医的相关说明提供材料							
		是否存在养老、医疗保险个人断缴		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”医疗保险个人账户断缴请自行补缴，补缴后请办理停保手续，如未补缴产生后果自负。							
		是否在孕期女职工(男职工爱人)		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”，生育保险在生宝宝至少连续缴费 10 个月以上(不含缴)否则无法申报生育贴							
		是否正在申领失业金		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		若选“是”，请到我司开具失业金缓领介绍信							
特别提示		1、因填写有误引起的问题，恕中智沈阳公司不能承担责任。有相关变动请及时通知 2、如遇紧急情况，我们将与您留下的重要联系人联系。重要联系人:_____联系电话: _____ 3、“*”为必填项目，请准确填写，谢谢！ 4、表格中标记“□”内打“√” 5、如若发生工伤，须及时联系本单位人事并及时前往定点医院救治”											
个人声明		本人郑重承诺，为了及时办理本人的五险一金转入手续，上述内容真实无误，保证按时上交个人资料，如因上述内容不实或未及时提供参保材料、未及时办理社保公积金转移、停保手续等原因，造成不能及时、准确参保或带来损失的(如社保滞纳金等)，由本人承担全部责任。											
				*本人签字: _____				* _____ 年 ____ 月 ____ 日					