附件5

**上一自然年度在船工作时长不少于30天的企业社保参保人员（船员）名单（模板）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓名** | **身份证件号** | **在船时间段（合并写在一格内）** | **在船时长** | **联系方式** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| … |  |  |  |  |  |

申报主体名称： （盖章）

法定代表人/授权代表： （签字）

(被授权人需提交授权人委托书)

年 月 日