

附件3:

如东县用人单位遵守社会保险法律法规情况专项检查未自行整改名单

填报单位（公章）：

单位：人/元

序号	用人单位名称	社保编号	单位地址	单位负责人	联系电话	未签劳动合同人数	应保未保人数	2021年3月养老保险		备注
								参保人数	人均缴费基数	
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
合 计										

负责人（签字）：

填报人：

联系电话：

填报日期：

年 月 日