

新人职人员社保/医保/公积金购买工资申报表

部门	姓名	岗位名称	岗位类别	申报工资 (单 位：元/月)
				金额（小写）：_____
				金额（大写）：_____
身份证号码				
部门审核意见	签 章： 日期：			
人力资源部意见	签 章： 日期：			
分管领导意见	签 章： 日期：			
中心主任意见	签 章： 日期：			