附件2

天峨县社会保险费缴费争议处置岗位传递单

 编号：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系方式 |  |
| 代办人姓名 |  | 身份证号码 |  | 联系方式／与办理人关系 |  |
| 受理时间及事项 |  |
| 间题问述 |  |
| 受理人 |  | 下一环节承办部门 |  | 承办人签字（日期） |  |
| 下一环节承办部门办理情况 |  |
| 转办部门 |  | 承办人签字（日期） |  |
| 转办部门办理情况 |  |
| 办结情况 | 是口 否口 |