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 | | | | | |