表1 **劳务派遣专项补贴资金审批表**

|  |  |
| --- | --- |
| 申请单位名称 |  |
| 营业执照注册号 |  |
| 成立时间 |  | 法定代表人（负责人） |  |
| 注册地址 |  | 邮编 |  |
| 联系人 |  | 联系电话 |  |
| 招用人数 |  | 享受3个月补贴人数 |  |
| 享受2个月补贴人数  |  |
| 享受1个月补贴人数 |  |
| 申请补贴金额（元） |  |
|  （申请单位公章）经办人： 负责人： 年 月 日  |
| 开发区人力社保行政部门初审意见 经审核，拟同意拨付你单位劳务派遣专项补贴，人民币 元。经办人： 复核人： 主管局长： 年 月 日 |
| 开发区人力社保行政部门核准意见（公章） 局长： 年 月 日 |
| 备注 |  |

注：此表一式两份，开发区人力社保行政部门、申请单位各一份