附件5

劳务派遣单位分公司经营情况报告表

务派遣单位分公司盖章：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | □本省跨社会保险统筹区经营  □本省未跨社会保险统筹区经营  □外省（自治区、直辖市）来山西经营 | | |
| 劳务派遣单位情况 | | | |
| 单位名称 |  | | |
| 住 所 |  | 注册资本 |  |
| 法定代表人 |  | 联系电话 |  |
| 许可证编号 |  | 许可证有效期限 |  |
| 发证机关 |  | 发证日期 |  |
| 劳务派遣单位分公司情况 | | | |
| 分公司名称 |  | | |
| 住 所 |  | | |
| 负责人 |  | 身份证  号码 |  |
| 联系电话 |  | 电子邮箱 |  |
| 填表人姓名 |  | 填表日期 |  |
| 受理报  告机关 | （盖章）  年 月 日 | | |