附件1

**社会保险基金监督举报事项登记表**

单位： 编号：（××××年）××号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登记  时间 | 年 月 日 时 分 | | 举报方式 | * 现场 □来电 □传真 * 邮寄 □电邮 □其他 | | |
| 举报人基本  情况 | 姓 名 |  | 性别 |  | 联系电话 |  |
| 证件种类 |  | 证件号码 |  | | |
| 工作单位及地址 |  | | | 邮政编码 |  |
| 被举报人基本情况 | 姓　名 |  | 职务 |  | 联系电话 |  |
| 单位名称 |  | 单位地址 |  | | |
| 举报事项摘要  （附举报材料） |  | | | | | |
| 是否有告知要求 | | □告知受理情况 □告知办理结果 | | | | |
| 登记签名 | | 登记人： 年 月 日 | | | | |
| 拟办意见 | | 经办人： 年 月 日 | | | | |
| 审核意见 | | 审核人： 年 月 日 | | | | |