参保单位信息变更表

单位全称（单位盖章）： 单位编号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 变更事项 | 变更前信息 | 变更后信息 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

单位经办人： 移动电话： 社保机构经办人（章）： 填报日期： 年 月 日