**参保人员基本养老保险视同缴费年限核准表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | 性 别 |  | 身份证出生时间 | | | 年 月 | |
| 社会保障号 | |  | | | 档案最早记载出生时间 | | | 年 月 | |
| 现工作单位 | |  | | | | | 参加工作时间 | 年 月 | |
| 连续工龄 | | 年 个月 | | | 视同缴费年限 | | | 年 个月 | |
| 工作简历 | | | | | | | | | |
| 年月至年月 | | 在何地何单位 | | | | 有否劳改、劳教、开除、除名、自动离职、辞职、长病假 | | 任何职 | 证明人 |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
|  | |  | | | |  | |  |  |
| 单 位 意 见 | | | | | | 主管部门意见 | | | |
| 年 月 日 | | | | | | 年 月 日 | | | |
| 部门核定意见  人力社保行政 | 经审核，视同缴费年限 年 个月  年 月 日 | | | | | | | | |

注： 1、本表一式的三份，本人档案、主管部门、人力社保部门各存一份；

2、身份证出生时间和档案最早记载出生时间二选一填写。