附件1

实行综合计算工时工作制申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |   | 法定代表（负责）人 |   |
| 统一社会信用代码 |   |
| 住 所 地 |   |
| 职工总数 |   | 签订合同数 |   |
| 受委托人 |   | 联系电话 |   |
| 社会保障号码（身份证号码） |   |
| □ 首次申请          □ 再次申请 |
| 已获和谐劳动关系先进企业情况：  □省   □市   □县   □无 |
| 申请期限 | □   年  月  日至    年   月   日□   年  月  日起长期有效 | 计算周期 | □月     □季□半年   □年 |
| 申请岗位或工种 | 人数 | 其中劳务派遣人数 |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
|   |   |   |
| 申请综合计算工时工作制的理由、所涉职工的工作时间及休息休假安排 |
|        |
| 工会或涉岗职工意见 | 1. 单位是否已经向职工说明综合计算工时工作制的政策。□是     □否2. 工会或职工代表是否已经同意申请综合计算工时工作制。□同意   □不同意 工会负责人签字：                   工会（盖章） 如单位没有工会组织的，则涉岗职工签名：                                   年    月    日 |
| 申请单位承诺 |  本申请人保证提供的所有材料真实、有效、合法。如有违反，愿意按《中华人民共和国行政许可法》第78条、第79条、第80条之规定，承担相应的法律责任。                  申请单位（盖章）                                   年    月   日 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

**填表说明：**

1. 申请岗位或工种涉及劳务派遣人员的，申请单位应同时提交劳务派遣单位的意见并加盖单位公章。

2. 单位没有工会组织的，凡涉及岗位职工少于30人的，则所涉岗位职工必须全部签名；超过30名的，按每超过100人按10%递增。

3. 请在选项对应“□”内打“√”。

4. 如申请表为A4纸正反面打印，则在申请单位处加盖单位公章；否则，申请表每页加盖骑缝章。

5.经批准后，用人单位的申请岗位或工种将实行特殊工时工作制清单式管理，不需要按周期向人力社保部门报批。