|  |
| --- |
| 云南省城镇职工养老保险、工伤保险参保人员信息变更申请表 单位名称 ：单位编号： |
| 姓名 |  | 证件号码 |  |
| 个人编号 |  |
| 请选择人员参保状态： |
| □在职人员 □退休人员  |
| 变更事项 | 变更后内容 | 备注 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 需说明的情况:负责人: 经办人：  年 月 日（单位公章） |