**失联退休人员情况统计表**

单位（盖章）： 单位负责人签字：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名 | 工作证号 | 失联情况（如失联原因和失联时间等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

填表人： 联系电话：