|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 附件1： |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 2024年度住房公积金缴存情况确认表 |
| 单位名称 | 　 | 单位代码 | 　 |
| 单位地址 | 　 | 联系电话 | 　 |
| 我单位2024年度缴存住房公积金人数、基数、比例无变动，请按照2023年报送年审数据核定。  经办人： 单位负责人： 人事工资部门负责人： 单位（章） 　　 年 月 日 |

注：单位缴存人数、基数、比例无变动的填附件1、2表；有变动的填附件2、3表。