

FORMULIR REKAPITULASI ANGGOTA SP KEP SPSI

PT. -----

ALAMAT PERUSAHAAN

DI KAB/KOTA -----

PROVINSI -----

TANGGAL : -----

NO	NAMA	NOMOR INDUK KARYAWAN / PEKERJA	BAGIAN DI PERUSAHAAN	MULAI KERJA	ALAMAT TEMPAT TINGGAL	JABATAN ORGANISASI	TEMPAT/TANGGAL LAHIR	JENIS KELAMIN	PENDIDIKAN	PESERTA JAMSOSTEK		NO. KPJ	NAMA IBU KANDUNG
								L/P		YA	TIDAK		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
21													
22													
23													
24													
25													
26													
27													
28													
29													
30													