附件5

浙江省劳务派遣残疾人按比例就业情况申报表（2023）年度

派遣单位（盖章）： 填报日期：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 派遣单位名称 | 统一社会信用代码 | 经营许可取得地 | 地址 | 经营区域范围 |
|  |  |  |  |  |
| 联系人 | 联系电话 | 医疗保险缴纳地 | 本单位用工残疾人数 | 计入接收单位残疾人数 |
|  |  |  |  |  |
| 序号 | 接收单位名称 | 统一社会信用代码 | 单位性质 | 联系人 | 联系电话 | 医疗保险缴纳地 | 计入接收单位残疾人数 | 残疾人姓名 | 残疾人证号 |
| 1 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| 2 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| 3 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |

**备注：**请附《劳务派遣经营许可证》，计入派遣单位残疾人另需提供用人单位与残疾人职工签订的劳动合同（服务协议）、《中华人民共和国残疾人证》或《中华人民共和国残疾军人证》(1至8级）证件、对公帐户上年1－12月支付残疾人职工工资银行发放流水单、上年1－12月残疾人职工《养老保险缴费证明》和《医疗保险缴费证明》。