**省级征收单位2020年度安排残疾人就业情况申报表**

用人单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  | 单 位法 人 |  |
| 单位联系人 |  | 联系电话 |  | 手 机 |  | 单 位性 质 |  |
| 联系地址 |  | 邮 政编 码 |  |
| 残疾人职工数 人 | 其中：1. 一、二级残疾人职工 人2. 一至三级伤残军人职工 人 |
| 残疾人职工姓名 | 性别 | 身份证号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号/残疾军人证编号 | 文化程度 | 合同期限 | 就职岗位 | 申报年度社保缴费起止月 | 月平均工资（元） | 本人手机号码 | 是否为劳务派遣（如果是请填写表二） |
|  年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备 注：1. 残疾人为劳务派遣用工关系请填写表二，并附上派遣用工协议；

 2. 残疾人职工信息明细列表不够，可增加或复印；

1. 单位和经办人承诺所填内容真实、有效、合法。

表二

浙江省劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业情况申报表（2020）年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接收单位名称 |  | 派遣协议起止日期 |  |
| 派遣公司名称 |  | 派遣公司统一社会信用代码 |  |
| 派遣公司法人代表 |  | 联 系 人 |  | 联系电话 |  | 移动电话 |  |
| 经 办 人 |  | 经办人邮箱 |  | 经办人联系电话 |  | 经办人移动电话  |  |
| 残疾人职工姓名 | 身份证号 | 残疾人证号/残疾军人证编号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 文化程度 | 就职岗位 | 入职时间 | 合同起止日期 | 派遣起止月 | 本人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申报声明 | **本单位承诺所申报残疾人就业相关信息真实准确，提供材料完整，与事实相符。**接收单位（公章） 派遣单位（公章） 经办人： 年 月 日 |