**残疾人劳务派遣用工认定协议**

甲方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

乙方：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

经甲乙双方友好协商，现就残疾人劳务派遣用工相关事宜达成此协议。

劳务派遣用工残疾人：

1. ，残疾证号 ，

用工时间 年 月 日至 月 日。

2. ，残疾证号 ，

用工时间 年 月 日至 月 日。

 以上 名残疾人，经接受单位与劳务派遣单位一致同意，计入 (甲方) 的实际安排残疾人就业人数和在职职工人数，不再计入 (乙方) 的实际安排残疾人就业人数和在职职工人数。

甲方（公章） 乙方（公章）

代表人签字： 代表人签字：

年 月 日 年 月 日