|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2024 年度按比例安排残疾人就业审核申报表** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **用人单位基本信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 （加盖公章） |  | | 统一社会信用代码 | |  | | | 单位性质 | | □机关 □团体 □企业 □事业 □民办非企业 | | | | | 单位所属  经济类型 | □国有 □集体 □私营 □联营 □股份制 □外商 □港澳台投资 □其他 | | | | |
| 单位所属行 业 |  | | 单位所属行政区域 | |  | | | 税 务 主管部门 | |  | | | | | 残 联  主管部门 |  | | | | |
| 法人姓名 |  | | 法 人 身份证号 | |  | | | 法人电话 | |  | | | | | 单位电话 |  | | | | |
| 单 位 注册地址 |  | | 单 位 经营地址 | |  | | | 本单位在职职工总人数 | | |  | | 经办人 姓 名 | |  | | 经办人 电 话 | |  | |
| **劳务派遣单位基本信息 （若用人单位残疾人存在劳务派遣情况需填报以下内容）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 单位名称 |  | | 统一社会信用代码 | |  | | | 单位地址 | |  | | | | | | | | | | |
| 单位所属行政区域 |  | | 单位电话 | |  | | | 说明：需一并提交劳务派遣协议附件 | | | | | | | | | | | | |
| **残疾人安置信息** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | 身份证号 | 残疾人或伤残军人证号 | 性别 | 年龄 | 残疾  等级 | 残疾  类别 | 残疾证 有效期 | | 岗位  工种 | 劳动合同  起止时间 | | 实际支付工资金额 | | 联系 电话 | | | | 文化  程度 | | 户籍 |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  | | | |  | |  |
| 填表人： 填表日期： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |