|  |
| --- |
|  **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： |