附件2

双牌县按比例安排残疾人就业情况核定申报表

申报年度： 年

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（章） | |  | 邮 编 |  | 纳税人识别号 |  | |
| 地 址 | |  | 单位性质 |  | 所属税务局 |  | |
| 法定代表人 | |  | 经办人 |  | 联系电话 |  | |
| 在职职工人数 | |  | 在职职工年工资总额 | |  | | |
| 在职残疾职工人数 | |  | 社保登记编码 | |  | | |
| 残  疾  职  工  花  名  册 | 姓 名 | 残疾人证、残疾军人证号 | 残疾等级 | 月工资 | 社保个人编号 | 残疾人（监护人）联系电话 | 是否劳务派遣 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填报人： 申报日期： 年 月 日