湖北省用人单位安排残疾人就业申报表

单位名称（盖章）： 申报年度：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单 位  名 称 |  | | | 单位地址 |  | | 法定  代表人 |  | | | 单位  性质 |  | | | |
| 经办人 |  | | | 联系方式 | 办公电话 | | 职工总数 |  | | | 实际安排残疾人数 |  | | | |
| 手机 | |
| 安  置  残  疾  人  情  况 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 联系方式 | 残疾类别及等级 | 二代残疾证号或军残证号 | | | 就业  时间 | 就业  岗位 | 劳动  报酬 | | 合同  期限 | 缴纳社保情况 | 审核认定 |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | | |  |  |  | |  |  |  |
| 可另附页 | | | | | | | | | | | | | | | |

单位盖章： 填表人： 填表日期：

填表说明：1、本表一式二份，一份报残疾人就业服务机构申报审核认定、一份用人单位留存。2、“单位所属性质”指机关、事业单位、企业、其他。3、“残疾类别”指视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾及伤残军人。4、“等级”指《中华人民共和国残疾人证》、《中华人民共和国伤残军人证》评定级别。5、本表所填残疾职工均不包含离退休职工。