20 年度按比例安排残疾人就业情况申报表

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本情况 | 社会信用 代码 |  | | 法人代表（负责人） | |  | 单位性质 |  | 经济类型 | |  |
| 联 系 人 |  | | 联系部门 | |  | 办公电话  及手机 |  | 传真号码 | |  |
| 单位地址 |  | | | | 在职职工人数 |  | 从业残疾  职工数 |  | 本单位年 平均工资 |  |
| 残疾职工花名册 | 姓名 | 性别 | 文化 程度 | | 现任 岗位 | 残疾证号码（军残证编号） | | 残疾类别 | 残疾等级 | 联系电话 | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  | |

单位负责人： 统计负责人： 填表人： 填报日期： 年 月 日