绍兴市区用人单位安排残疾人就业情况申报表

（申报年度： 年）

用人单位公章：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 联系人 |  | 手机号码 |  |
| 纳税人识别号/计算机代码 |  | 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 残疾人姓名 | 性别 | 身份证号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号/残疾军人证编号 | 文化程度 | 合同期限 | 就职岗位 | 申报年度社保缴费起止月 | 月平均工 资(元) | 本人手机号码 |
| 年 月至 年 月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |