附件2

省级征收单位2023年度安排残疾人就业情况申报表

用人单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 统一社会信用代码 |  | 税务所属地 |  |
| 单 位 法 人 |  | 法人身份证号码 |  | 法人电话 |  | 单位性质 |  |
| 单位地址 |  | 经办人姓名 |  | 经办人电话 |  |
| 残疾人职工姓名 | 身份证号 | 残疾人证号/残疾军人证编号 | 合同期限 年 月至 年 月 | 岗 位工 种 | 申报年度社保缴费起止月 | 月 平 均工资（元） | 本人手机号码 | 是否为劳务派遣（如果是请填写附件3） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

备 注： 1. 残疾人为劳务派遣用工关系请填写附件3，并附派遣用工协议；

 2. 残疾人职工信息明细列表不够，可增加或复印；

3. 单位和经办人承诺所填内容真实、有效、合法。