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。