附件4

浙江省劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业情况申报表（2023）年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接收单位名称 |  | 派遣协议起止日期 |  |
| 派遣公司名称 |  | 派遣公司统一社会信用代码 |  |
| 派遣公司法人代表 |  | 联 系 人 |  | 联系电话 |  | 移动电话 |  |
| 经 办 人 |  | 经办人邮箱 |  | 经办人联系电话 |  | 经办人移动电话  |  |
| 残疾人职工姓名 | 身份证号 | 残疾人证号/残疾军人证编号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 文化程度 | 就职岗位 | 入职时间 | 合同起止日期 | 派遣起止月 | 本人联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申报声明 | **本单位承诺所申报残疾人就业相关信息真实准确，提供材料完整，与事实相符。**接收单位（公章） 派遣单位（公章） 经办人： 年 月 日 |