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 | | | | | | | | | | | |