附件2

余姚市劳务派遣残疾人计入接收单位按比例就业人数申报表（ ）年度

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 接收单位名称 |  | 接收单位统一社会信用代码 |  |
| 经营地址 |  | 单位性质 | 机关□ 事业□ 企业□ 民办非企业□ 合伙组织□ 基金会□ 其他□ |
| 法人代表 |  | 联 系 人 |  | 联系电话 |  | 移动电话 |  |
| 电子邮箱 |  | 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 |  |
| 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  |  |
| 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 | 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 |

备注：请附接收单位和派遣单位签订的派遣协议（含双方盖章的残疾人名册）；派遣单位与派遣残疾人签订的劳动合同、派遣单位拨付派遣残疾人工资发放银行流水、派遣残疾人在派遣单位缴纳社保证明。