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。