附件1

**余姚市劳务派遣残疾人按比例就业情况申报表**（ ）年度

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **派遣单位名称** | **纳税人****识别号** | **经营许可****取得地** | **经营区域****范围** | **联系人** | **联系电话** | **地址** | **医疗保险****缴纳地** | **本单位用工****残疾人数** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **序号** | **接收单位名称** | **纳税人识别号** | **企业性质** | **联系人** | **联系电话** | **医疗保险缴纳地** | **派遣****残疾人数** | **派遣****残疾人姓名** | **残疾人证号** |
| **1** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| **2** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| **3** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| **4** | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |  | 　 |  |
| **合计****派遣残疾人数** |  |

派遣单位（盖章）： 填报日期：

备注：请附《劳务派遣经营许可证》；计入派遣单位残疾人的劳动合同、工资发放银行流水和社保证明。