**大连市用人单位申报超比例安排残疾人就业奖励告知承诺书**

申请人（单位名称加盖公章）：

法定代表人： 联系方式：

地址：

委托代理人： 联系方式：

证件类型：

证件号：

申请人现作出下列承诺：

（一）所提供的证明材料全部信息真实、准确；

（二）愿意承担违反承诺的法律责任；

（三）所做承诺是申请人真实意思的表示。

法定代表人：

（签字盖章）

年 月 日