附件2

双牌县按比例安排残疾人就业情况核定申报表

申报年度： 年

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（章） |  | 纳税人识别号 |  | 邮 编 |  |
| 地 址 |  | 单位性质 |  |
| 法定代表人 |  | 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 在职职工人数 |  | 在职职工年工资总额 |  |
| 在职残疾职工人数 |  | 社保登记编码 |  |
| 残疾职工花名册 | 姓 名 | 残疾人证、残疾军人证号 | 残疾等级 | 月工资 | 社保个人编号 | 备 注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 填报人： 申报日期： 年 月 日