附件2：

湖南省按比例安排残疾人就业情况申报表

 年 月 日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申报单位（章） |  | 纳税人识别号 |  |
| 机构所在地 |  | 邮 编 |  |
| 法定代表人 |  | 经办人 |  | 联系电话 |  |
| 上年度月平均职工总数 |  | 上年度在职职工年平均工资 |  |
| 已就业残疾职工人数 |  | 其中安排1人按2人计算的残疾人数 |  |
| 残疾职工花名册 | 姓 名 | 残疾人证号 | 合同期限 | 月工资 | 社保情况 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**填报人： 核实人（章）：**