**附件1**

**用 人 单 位 安 排 残 疾 人 就 业 花 名 册**

**20 年度**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 接收时间 | 离职时间 | 残疾类别 | 劳动合同起止期限年 月—年 月 | 养老保险号码 | 身份证号码 | 残疾人证（残疾军人证）号 码 | 联系电话 |
| 视力 | 听力 | 言语 | 智力 | 肢体 | 精神 | 多重 | 军残 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 上年度在职残疾职工 人。 |
| 序号 | 专业及工种 | 岗位要求 | 工资待遇 | 残疾类别及等级 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 本年度计划新安置残疾职工 人。 |

填报单位:(盖章) 统一社会信用代码：

单位法人： 审核人： 填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日

注：残疾类别一栏中，在类别下填写对应残疾等级；军残列中填写残疾军人证等级。

**申报材料真实性承诺书**

本单位郑重承诺：在按比例安排残疾人就业年审中，所提交的材料及其他附件内容真实、完整、合法、有效，如有不实之处，愿负相应的法律责任，并承担由此产生的一切后果。

特此声明！

承诺单位（加盖公章）：

单位法定代表人：

 联系电话：