附件

**浙江省用人单位安排残疾人就业情况表**

（申报年度： 年）

用人单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 联系人 |  | 电话号码 |  | 手机号码 |  |
| 纳税人识别号/统一社会信用代码 |  | 通讯地址 |  | 邮编 |  |
| 残疾人姓名 | 性别 | 身份证号 | 残疾类别 | 残疾等级 | 残疾人证号/残疾军人证编号 | 文化程度 | 合同期限 | 就职岗位 | 申报年度社保缴费起止月 | 月平均工资（元） | 本人手机号码 |
|  年 月 日至 年 月 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 本单位及经办人承诺，本表格所填内容及申报所需各项证明材料真实、有效、合法。单位（公章）： 经办人：年 月 日 |