

附件

() 年度
郑州市劳务派遣残疾人按比例就业情况申报表

派遣单位 (盖章):

派遣单位名称		统一社会信用代码	联系人		联系电话	单位地址		社会保险 缴纳地	单位社保 编码	单位医保 编码
用工单位名称		统一社会信用代码	联系人		联系电话	单位地址		单位性质	主管税局	接收派遣 残疾人数
序号	残疾人姓名	残疾人证号/ 残疾军人证编号	残疾 类别	残疾 等级	户籍 所在地	岗位 名称	劳动合同 (协议) 起止时间	社会保险 缴费时间	派遣 起止月	本人联系方式 (手机号码)
1										
2										
3										
4										
5										
(此页不够可另附)										
申报声明: 本单位所申报的劳务派遣残疾人就业相关材料信息真实、准确并完整, 与事实相符。 经办人签名:								填报日期:		