附件1

广西壮族自治区用人单位安排残疾人就业情况申报表

税务登记机关（残保金征收机关）： 申报年度： 填表人： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位名称（盖章） |  | 社会信用代码 |  | 代码证颁发机构 |  |
| 单位性质 | □机关 □团体□企业 □事业□民办非企业 | 单位经济类型 | □ 国有 □ 集体 □ 私营 □ 个体 □ 联营 □ 股份制□ 外商投资 □港澳台投资□ 其他 | 成立注册时间 |  | 单位地址 |  |
| 法人代表（负责人） |  | 联系人 |  | 联系电话 |  | 邮政编码 |  |
| 年度在职残疾人职工名单 | 序号 | 姓名 | 性别 | 民族 | 文化程度 | 残疾人证或残疾军人证号 | 残疾类别及等级 | 用工形式及合同期限 | 现任岗位 | 月工资额 | 联系电话 | 家庭住址 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| （此页不够可另附清单） |
| 残疾人就业服务机构审核意见 | 该单位已安排残疾人职工 人，其中重度残疾人 人，可按安排残疾人 人计算抵扣残疾人就业保障金。审核机构（盖章）： 审核人： 复核人： 审核日期： 年 月 日 |