附件1

**湖州市用人单位安排残疾人就业情况表**

（申报年度： 年）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 |  | 纳税识别号/统一社会信用代码 |  |
| 联系人 |  | 联系电话（办公电话/手机号码） |  | 邮政编码 |  |
| 通信地址 |  | 电子邮箱 |  |
| 残疾人姓名 | 性别 | 残疾人证（残疾军人证）编号 | 合同期限（\*\*年\*\*月\*\*日至\*\*年\*\*月\*\*日） | 联系电话（手机） | 就职岗位 | 月平均工资（元） | 申报年度社保缴费起止月 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |