附表1

2020年度按比例安排残疾人就业情况表

填报单位（公章）： 计量单位：人

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位基本情 况 | 法人代码 |  | 法人代表 |  | 单位性质 |  | 经济类型 |  |
| 联 系 人 |  | 联系电话 |  | 传真号码 |  | 邮政编码 |  |
| 单位地址 |  | 主管部门 |  |
| 从业人员情 况 | 从业人员 | 从业残疾职工情况 |
| 合 计 | 在岗职工 | 其他从业人 员 | 合 计 | 性别 | 残疾类别 |
| 男 | 女 | 视力 | 听力 | 言语 | 肢体 | 智力 | 精神 | 其他 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 统计负责人： 填表人： 填报日期： 年 月 日

附表2

2020年度用人单位从业残疾职工名册

填报单位（公章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | 性别 | 出生年月 | 文化程度 | 录用时间 | 现任岗位 | 身份证号 码 | 残疾人证号码 | 残疾类别 | 残疾等级 | 是否参保 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

单位负责人： 统计负责人： 填表人： 填报日期： 年 月 日