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