附件2

北京市按比例安排残疾人就业情况表

（申报年度： 年）

单位名称（加盖公章）： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 统一社会  信用代码 |  | | | 单位电话 |  | | 法人姓名 |  | 法人电话 |  |
| 单位性质 |  | 经济性质 | |  | 行业类型 | |  | 单位所属行政区 |  | |
| 税务登记  行政区 |  | | | 残联主管  部门 |  | | 单位注册  地址 |  | | |
| 单位经营  地址 |  | | | 单位有效  通讯地址 |  | | | 经办人  姓名/电话 |  | |
| 姓 名 | 身份证号 | | 联系  方式 | 合同  起止时间 | 合同  月薪 | 合同  签订单位 | 岗位  工种 | 残疾军人填写 | | |
| 户籍地 | 户籍地址 | 证件有效期 |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |