|  |
| --- |
| 附件3**中山市用人单位在岗就业残疾人职工名册** |
|  |
| 用人单位名称（盖章）： 统一社会信用代码/识别号：  |  |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 《残疾人证》或《残疾军人证》号码 | 残疾类别 | 残疾等级 | 推荐机构名称 | 推荐机构联系人 | 推荐机构联系电话 | 在岗岗位名称 | 劳动合同或协议期限(年月至年月) | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 用人单位填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日 |  |
| 填报说明：1.本表由用人单位填写，本页填满可另页填报。2.“劳动合同期限”按签订劳动合同(事业单位签订聘用合同)的实际期限或无固定期限填报。 |