|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 附件2  **中山市推荐残疾人就业补贴申请信息统计表** | | | | | | | | | | | | |
| 推荐机构名称（盖章）： 用人单位所属镇街： | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | 就业单位名称 | 就业单位联系人 | 就业单位联系电话 | 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 申请机构填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |  |
| 中山市残疾人服务中心审核人(签名)： 审核日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |  |
| 填报说明： 1.本表按镇街进行统计，由推荐机构填写，一式二份，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。  3. 就业单位名称按镇街划分，可填报多个。 | | | | | | | | | | | |  |