附件1

双牌县按比例安排残疾人就业申报审批表

用人单位名称（盖章）： 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | （2寸免冠近照） |
| 文化程度 |  | 民族 |  | 政治面貌 |  |
| 残疾类别 |  | 残疾等级 |  | 婚姻状况 |  |
| 残疾证号 |  | 办证时间 |  |
| 身份证号码 |  |
| 有 何 技能 特 长 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 家庭主要成员及主要社会关系 | 称谓 | 姓 名 | 年龄 | 政治面貌 | 工作单位及职务 | 联系电话 |
| 父亲 |  |  |  |  |  |
| 母亲 |  |  |  |  |  |
| 配偶 |  |  |  |  |  |
| 子（女） |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 就业人员是否有劳动、人事行政部门办理招聘、录用手续 |  | 公务员 | 固定工 | 合同工 | 临时工 |
|  |  |  |  |
| 何年何月何处参加工作 |  |
| 用人单位对招聘录用的残疾工作人员在岗位是否合理核定 | 劳动定额 | 转正 | 定级 | 晋升 | 培训 | 职称评定 |
|  |  |  |  |  |  |
| 劳动报酬（月工资） | 医疗保险 | 社会保险 | 生活福利 | 失业保障 | 评奖 |
|  |  |  |  |  |  |