**单 位 残 疾 职 工 名 册**

单位名称：（公章） 社保登记码：□□□□□□□□ 第 页

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 残疾类别 | 残疾人证号 | 发证日期 | 身份证号 | 上年度缴费月数 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

填表人： 填表日期： 年 月 日

注：单位职工持有**第二代《中华人民共和国残疾人证》**，且上年度单位为其缴纳城镇基本社会保险的可填入本表，相关政策信息可登录市残疾人就业服务中心网站（网址**http://www.shdpf.org.cn/shscjrjyfwzx/cn/**）进行查询，本表格可登录网站“资料下载”栏目下载。