附件3

按比例安排残疾人就业核定工作审批表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 用人单位名称 | | | |  | | | | | 法定代表人 | |  | |
| 用人单位地址 | | | |  | | | | | 单位性质 | |  | |
| 职工总数 |  | 应安排  残疾人数 | |  | 已安排  残疾人数 | |  | | 欠安排  残疾人数 |  |  |  |
| 月平均工资或  年平均工资 | | |  | | | | | 应缴  保障金数额 | |  | | |
| 核定资料  送达时间 | |  | | | | 用人单位  经 办 人 | |  | | 联系  电话 |  | |
| 就业中心  工作人员  初审意见 | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 就业中心  主任复核  意 见 | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 分管领导  审批意见 | | 签名： 年 月 日 | | | | | | | | | | |