附件二

**佛 山 市 残 疾 职 工 花 名 册**

**填报单位名称（盖章）：**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **姓 名** | **性 别** | **出生**  **年月** | **文化**  **程度** | **残疾类别** | **残疾**  **等级** | **第二代《残疾人证》或 《伤残军人证》号码** | **劳动合同**  **期 限** | **社保个人**  **参保号码** | **是否**  **在岗** | **工 种** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**填表人： 联系电话： 填报日期： 年 月 日**

**随表需附以下证明材料：1、残疾职工本人身份证及第二代残疾证复印件；2、上年度残疾职工在职参保证明；3、经鉴证的上年度劳动合同原件及复印件 ；4、单位通过银行等金融机构向其发放工资的凭证。**