**二〇 年广州地区在职残疾职工花名册（表Ⅱ）**

　 填报单位名称（盖章）：　　　　　　　　　　　　　 档案号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 残疾职工 姓 名 | 《残疾人证》或《残疾军人证》号 码 | 个人社保号 | 性别 | 年龄 | 文化程度 | 残 疾 类 别 | 月均工资收入（元） | 建立劳动关系时间 | 终止劳动关系时间 | 岗位名称 | 在岗情况 | 备注一式两份，残联及填报单位各存一份 |
| **视力一二级** | **肢体一级** | 视力三四级 | 肢体二三四级 | 听力残疾 | 言语残疾 | 智力残疾 | 精神残疾 | 多重残疾 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　 单位负责人（签名）：　　　　　　　　　　　填表人：　　　　　　　　　　联系电话：　　　　　　　　　　填报日期：　　　　　年 　　月　 　日

　 说明：1.填报单位所有的残疾职工均应全部填报，如人数超出此页，可将此页复印继续填报。

2.个人社保号：指用人单位给残疾职工购买社会保险的个人电脑号。

3.与本单位建立、终止劳动关系时间：分别指本用人单位与残疾职工依法建立劳动关系的起始、终止的时间，若未终止的，“终止劳动关系时间”填“至今”。

4.岗位名称：在职残疾职工实际工作岗位。