附件2

企业在岗残疾人职工花名册

（ 年度）

填报单位（盖章）：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序  号 | 姓 名 | 性  别 | 年龄 | 残疾人证号 | 残疾等级 | 岗位工种 | 劳动合同期限 | 联系电话 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

负责人： 填报人： 填报时间： 年 月 日