附件2：

**用人单位残疾人职工登记表**

**（ 年度）**

用人单位名称（公章）： 统一社会信用代码/识别号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓 名 | 身份证号码 | 《残疾人证》  或《残疾军人证》号码 | 残疾类别 | 残疾等级 | 本单位为其  参保月份起止时间  ××月-××月 | 在岗岗位名称 | 月均工资（元） | 在编人员或签订1年以上劳动合同（服务协议） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

2.在岗岗位名称请按在职残疾人职工实际从事岗位名称填写，参保月份起止时间是指被审核年度购买社保起止时间。