|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **通江县用人单位按比例安置残疾人就业认定审批表** | | | | | | | |
| 申报单位 |  | 法定代表人 |  | 联系电话 |  | | |
| 安置残疾人情况 | | | | | | | |
| 姓名 |  | 性别 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 姓名 |  | 性别 |  | 残疾类别 |  | 残疾等级 |  |
| 申报单位  意见 | 申报人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 受理登记 | 受理人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 审查意见 | 审查人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 决定意见 | 决定人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 送达（办  结）情况 | 送达人签字：  年 月 日 | | | | | | |
| 备注 |  | | | | | | |