|  |
| --- |
| **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 |  |