**劳务派遣用工认定情况说明**

 \_\_\_\_\_\_\_(残疾人姓名),残疾证号\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,用工时间**\_\_**年\_\_月\_\_日至\_\_年**\_\_**月\_\_日；

…；

…。

以上\_\_名残疾人以劳务派遣方式用工，经用工单位与劳务派遣单位一致同意，计入（单位全称）的残疾人按比例就业人数，不再计入（单位全称）的残疾人按比例就业人数。

特此说明。

劳务派遣单位联系人： 用工单位联系人：

联系电话： 联系电话：

盖章（劳务派遣单位名称） 盖章（用工单位名称）

年 月 日 年 月 日