

附件 1

长春市残疾人辅助性就业机构审批表

申报单位（盖章）： 填报时间： 年 月 日

机构名称				联系电话	
法人代表				机构代码证号	
验收单位				联系电话	
机构地址					
占地面积（平方米）			建筑面积（平方米）		
服务人员人数（人）		残疾职工人数（人）		总投资（万元）	
街道（镇）意见（盖章） 年 月 日		(区)市残联意见（盖章） 年 月 日		(区)市财政意见（盖章） 年 月 日	

注：本表一式 5 份，市残联、市财政、区（市）残联、区（市）财政、街道（镇）各 1 份。

机构填报人： 联系电话：