

附件 3

长春市残疾人辅助性就业机构补贴人员花名册

填报单位(盖章):

填报时间： 年 月 日

[illegible]

注：本表一式3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: