附件8

吉林省残疾人创业孵化基地年度考核表

年度： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 基地名称 | | | 如有变化需提交正式说明文件和相关验证资料 | | | |
| 详细地址 | | |  | | | |
| 法人代表 | | |  | 联系电话 |  | |
| 联系人 | | |  | 联系电话 |  | |
| 职工人数 | | |  | 残疾人职工数 |  | |
| 已入驻创业  实体数量 | | |  | 吸纳残疾人数 |  | |
| 已入驻创业  实体数量较上年 | | | 新增 人 | 吸纳残疾人数较上年 | 新增 人 | |
| 减少 人 | 减少 人 | |
| 项  目  工  作  总  结 | |  | | | | |
| 项  目  工  作  总  结 |  | | | | |
| 市州  残联  年度  考核  意见 | 公章  年 月 日 | | | | |