



شماره پرونده:

تاریخ تکمیل فرم:

سازمان بیمه‌بستگی استان:

اداره بیمه‌بستگی شهرستان:

نمونه فرم درخواست کارفرما

کمیته اجرایی اشتغال شهرداری:

سلام علیکم

احتراماً اینجانب فرزند شناسنامه شماره شماره

..... شماره از به کد ملی مدیر عامل / رئیس / مالک

شرکت / کارگاه: بانوع فعالیت توان بکارگیری: نفر معلول

..... نفر مرد نفر زن با استفاده از یارانه جبران کارایی معلولین در قبال انجام تعهدات

قانونی مربوطه را دارم.

خواهشمند است دستور فرمائید اقدام مقتضی معمول فرمایند.

شماره تلفن تماس:

آدرس محل کار:

نام و نام خانوادگی کارفرما

امضاء - تاریخ