

(單位名稱)

(年度計畫名稱)

庇護職場 單位名稱						庇護職場地址												庇護職場 聯絡電話		
姓名	身分證字號	障別	等級	出生 年月日	戶籍地址	聯絡電話	每月薪資(年)										薪資總計	月平均 薪資		
							月	月	月	月	月	月	月	月	月	月			月	月

備註：1. 本表配合身心障礙者就業基金庇護性就業輔導補助使用，請據實填寫，並自行影印使用。

2. 並請檢附身心障礙手冊正反面影本。

3. 庇護性就業之工作職場另為一個以上，請另自行表列庇護職場之名稱、地址、聯絡電話。

負責人簽章：      填表人蓋章：      填表日期：    年    月    日