

100 年度臺北市特定對象失業者穩定就業補助辦法個案訪視表

*姓名： *訪查日期： 年 月 日 到訪時間 時 分

*訪視次數：第_____次，上次訪視日期為：____年 月 日（無則免填）

公司名稱：		
工作地點：		
就業適應情形（就業起始日）		
1. 是否確實在加保公司就職： ☐ 是：本個案自民國 年 月 日於_____（公司名稱）加保就業。 ☐ 否：請說明 _____		
2. 工作內容：		
3. 工作時數與工作時間：		
4. 適應狀況：		
綜合考核	☐ 符合本計畫規定 ☐ 不符合本計畫之相關規定（說明如下）	
個案需求及意見		
受訪個案簽名	訪視人員簽名	訪視人員主管覆核
民國 年 月 日	民國 年 月 日	民國 年 月 日