

財團法人○○○○○○（機構全銜）
 ○○年度申請老人福利機構服務費工作人員薪資冊

編號	職稱	姓名	性別	生日	學歷 科系	到職日	平均 每月薪資	健保 投保級距	勞保及退 休金提撥	退休金	申請月數	每月 自籌款	申請每月 補助款	補助款 合計	證照	備註
1																
2																
3																