

表B-1

(機關全銜)  
因應貿易自由化就業協助措施－受影響事業單位職務再設計補助  
計畫申請書

申請日期： 年

月 日

申請單位名稱	(請填全銜，並請加蓋申請單位之大小章)				
申請單位地址	□□□				
負責人職稱及姓名		電話			
聯絡人職稱及姓名		電話 傳真	TEL： FAX：	電子 郵件	
行業別			統一編號		
員工總人數 (指申請日前最近 1 個月 之勞工保險投保人數)	人		身心障礙員工總人數	人	
執行期間	自 年 月 日至 年 月 日止				
預期效益	協助在職勞工_____人				
工作障礙地點					
遭遇問題或期待改善事項					
應檢附之證明文件	<input type="checkbox"/> 申請書。 <input type="checkbox"/> 事業單位依法登記或立案之證明文件。 <input type="checkbox"/> 所提計畫適用在職勞工之勞工保險與就業保險被保險人投保證明文件及僱用證明文件。 <input type="checkbox"/> 其他經本會規定之文件。(如改善方案經費估算表)				
初審結果： <input type="checkbox"/> 符合職務再設計申請資格，另行安排輔導委員前往訪視。 <input type="checkbox"/> 不符合申請資格，原因： 審核人員簽章： 日期：					