

表I-2

○○○區就業服務中心（處）  
查表

因應貿易自由化就業協助措施補助要點－職場學習津貼書面審

申請單位名稱 (請填全銜)			
申請單位地址	□□□		
負責人職稱及姓名		聯絡電話	
聯絡人職稱及姓名		聯絡電話	
申請人數	□一般時數		名 □部分時數
審查文件及項目	□職場學習及再適應申請書。		
	□登記證明文件影本或其他合法登記、立案之證明文件。		
	□申請計畫日前最近一個月之勞工保險投保人數，非強制投保之用人單位，需提出足以證明公司員工數之文件。		
	□已依身心障礙者權益保障法及原住民族工作權保障法比例進用規定，足額進用身心障礙者及原住民或繳納差額補助費、代金之文件。		
	□提供職場學習及再適應之工作機會符合本計畫之目的。		
	□符合職場學習及再適應計畫之其他相關規定。		
	□屬欲進用重度身心障礙個案之用人單位，且所提供職場學習及再適應機會已經執行單位身心障礙者就業服務員評估得以補助，並檢附相關評估紀錄。（無進用該身分之個案免填）。		
	□其他經執行單位認定與本計畫審核相關之必要文件。 備註： 文件。		
實地審查	□是，原因：		□否
審查結果	□合格	□不合格，原因：	
核定職場學習及再適應機會數	□一般時數		名，備註：三個月 名，六個月 名。
	□部分時數		名，備註：三個月 名，六個月 名。
核定總補助額度			
核定補助總經費			
備註			
承辦人		業務主管	機關首長

審查日期： 年 月 日