

職務再設計輔具回收／轉移表

案件編號：

申請服務：						
<input type="checkbox"/> 身心障礙者 <input type="checkbox"/> 中高齡者及高齡者 <input type="checkbox"/> 單側聽損者 <input type="checkbox"/> 因應貿易自由化就業協助職務再設計						
受補助單位					填表日期	年 月 日
受補助單位 聯絡人姓名		職稱		聯絡電話		
個案服務單位/部門、姓名、職稱	<input type="checkbox"/> 回收 <input type="checkbox"/> 轉移 事由		<input type="checkbox"/> 人事異動，說明：_____			
			<input type="checkbox"/> 職位調整，說明：_____			
			<input type="checkbox"/> 環境改變，說明：_____			
			<input type="checkbox"/> 其他，說明：_____			
<input type="checkbox"/> 回收地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 市區鄉鎮 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
<input type="checkbox"/> 轉移至新單位地址	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 縣市 市區鄉鎮 路(街) 段 巷 弄 號 樓					
接受轉移單位名稱		接受轉移單位聯絡人姓名		職稱	聯絡電話	
					聯絡傳真	
回收／轉移項目 (請條列)	型號	財產編號	購置日期		購置價格	使用年限
			年 月 日			
<input type="checkbox"/> 本單位同意上開項目由補助單位／專案單位(_____)回收，並已於____年____月____日由原補助單位／專案單位(_____)回收。						
<input type="checkbox"/> 本單位同意上開項目由補助單位／專案單位(_____)回收，並已於____年____月____日由補助單位／專案單位(_____)轉移至_____。						
受補助單位 簽章				承辦人簽章		
接受轉移 單位簽章						

備註：經審查會議決議應予回收之就業輔具，於該輔具使用期限內，受補助單位於補助後2年內遇該補助項目之職位出缺、結束職業訓練或居家就業服務時，且未能進用有相同輔具需求之個案，應報請原補助單位辦理回收事宜。