

就業基金補助工作人員名冊

計畫案號	計畫名稱	姓名	補助職稱	身分證字號	出生年月日	戶籍地址	連絡電話	補助人力	補助薪點	補助月薪	實際月薪	補助起始年月日	補助迄年月日	單位起聘日	勞保投保薪資	勞保生效日期	勞保費	健保費	勞工補助退休金/月	學歷	科系	相關受訓經歷及時數	以往相關工作經歷	在職/離職	備註

備註：1、本表配合身心障礙者就業基金人事費補助使用（不敷使用請自行影印），請據實填寫並於聘用之日起30日內檢附相關資料影本（例如：證書、勞、健保投保證明...等）送本局備查，影本需加蓋「與正本相同」字樣。

2、上述資料確實據實給付並填寫無誤，如有不實，本單位將無條件退還補助款並放棄申訴權。

填表日期： 年 月 填表人：

單位負責人：