

就業基金補助工作人員名冊

機構名稱	計畫案號	計畫名稱	計畫類型	姓名	性別	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	核定補助薪點／時數	核定補助月／時薪	實際時／月薪	補助起始年月日	補助起迄年月日	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 日 填表人：

單位負責人：