

服務人員名冊【庇護性就業服務】

機構名稱	計畫案名	計畫案號	計畫性質	身分證字號	姓名	性別	障礙程度	出生年月日	戶籍地址	聯絡電話	服務起始日	服務結束日	服務或上班時段	是否通過職業輔導評量	原因	是否就業	受訓時數	勞保投保薪資	健保投保薪資	就業月數	最高學歷	就業月數	設保字號	接受本案服務前工作單位名稱	說明	接受本案服務前工作單位內容	接受本案服務前工作單位聯絡電話	現職工作單位名稱	現職工作單位聯絡地址	現職工作單位聯絡電話	現職工作單位工作內容	一月薪資	二月薪資	三月薪資	四月薪資	五月薪資	六月薪資	七月薪資	八月薪資	九月薪資	十月薪資	十一月薪資	十二月薪資	月平均薪資	服務結束原因	備註							

1. 本表請據實填寫。2. 請檢附身心障礙手冊正反面影本。

填表日期：      年      月      日      填表人：      單位負責人：