

(單位名稱)

(年度計畫名稱)

庇護職場 單位名稱						庇護職場地址													庇護職場 聯絡電話	
姓名	身分證字號	障別	等級	出生 年月日	戶籍地址	聯絡電話	每月薪資 (年)											薪資總計	月平均 薪資	
							月	月	月	月	月	月	月	月	月	月	月			月

備註：1. 本表配合身心障礙者就業基金庇護性就業輔導補助使用，請據實填寫，並自行影印使用。  
 2. 並請檢附身心障礙手冊正反面影本。  
 3. 庇護性就業之工作職場另為一個以上，請另自行表列庇護職場之名稱、地址、聯絡電話。  
 負責人簽章：            填表人蓋章：            填表日期：    年    月    日