

【表二】

義務
 彰化縣私立 非義務 機構進用身心障礙員工名冊

※義務機構(員工總人數67人以上)請填寫111年1月1日至112年12月31日年資滿2年以上身障員工基本資料

※非義務機構(員工總人數67人以下)請填寫112年1月1日至112年12月31日年資滿1年以上身障員工基本資料

編號	姓名	障礙類別	身心障礙等級	投保日期	退保日期/仍在職	每月工作薪資	擔任工作內容
1				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
2				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
3				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
4				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
5				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
6				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
7				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
8				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
9				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
10				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
11				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
12				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
13				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
14				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		
15				年 月 日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 仍在職		

*申請單位核章處：

申請單位	承辦人員 (蓋章)	申請單位 (印信)