○○○股份有限公司實施勞雇雙方協商減少工時通報名冊

序號	部門	職稱	姓 名	性 別	身分證字號 或 外籍人士護照號碼	連絡電話

此　致

臺南市政府勞工局

製表人蓋章：　　製表日期：　　年　　月　　日

事業單位全銜章：　　負責人章：