

○○○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 | 中高齡者 請勾選 【滿 45 歲至 65 歲】 | 高齡者 請勾選 【逾 65 歲】 |
|--------|--------|--------|--------|--------|------------------------|------------------|----------------------------------|------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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：