

臺南市政府勞工局辦理義務機關(構)進用身障者訪視紀錄表

抽查時間： 年 月 日 午 時 分								資料年月：		
機關(構)名稱：								投保證號：		
通訊地址：								負責人：		
								聯絡人：		
廠礦地址：								電話：		
								傳真：		
公保人數：		法定進用人數：			實際進用人數：			不足人數：		
勞保人數：								超額人數：		
已 進 用 身 心 障 礙 者 名 冊										
編號	姓名	身分證字號	性別	障別	等級	出生日期	進用日期	職務	在職情形	
1									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
2									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
3									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
4									<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
實際進用情形			<input type="checkbox"/> 足額進用(已申請前半年超額獎勵) <input type="checkbox"/> 未足額進用( 113 年 月)							
薪資給付情形 (薪資、差勤紀錄)										
身心障礙員工工作狀況相關事項										
是否需提供就業服務措施			<input type="checkbox"/> 是，轉介人力銀行(轉介日期 月 日) <input type="checkbox"/> 是，提供措施 <input type="checkbox"/> 否							
意見、問題及其他綜合事項										
受訪人員簽章							抽查人員 簽章			
承辦人：			承辦人核章：			分層決行主管核章：				