

附表三

「職場學習及再適應計畫」申請書

申請日期： 年 月 日

申請單位名稱	(請填全銜，並請加蓋申請單位之大小章)		現有員工人數： (指申請日前最近一月份之勞工保險投保人數)	
			統編：	
申請單位地址	□□□ 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 路(街) 段 巷 弄 號 樓之			
實際職場學習及再適應地址	□□□ 縣(市) 鄉(鎮、市、區) 路(街) 段 巷 弄 號 樓之			
負責人職稱及姓名		聯絡電話	()-	
聯絡人職稱及姓名		聯絡電話	()-	
		行動電話	(必填)	
		電子信箱	(必填)	
行 業 別	<input type="checkbox"/> 農、林、漁、牧業 <input type="checkbox"/> 礦業及土石採取業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電力及燃氣供應業 <input type="checkbox"/> 用水供應及污染整治業 <input type="checkbox"/> 營建工程業 <input type="checkbox"/> 批發及零售業 <input type="checkbox"/> 運輸及倉儲業 <input type="checkbox"/> 住宿及餐飲業 <input type="checkbox"/> 出版影音及資通訊業 <input type="checkbox"/> 金融及保險業 <input type="checkbox"/> 不動產業 <input type="checkbox"/> 專業、科學及技術服務業 <input type="checkbox"/> 支援服務業 <input type="checkbox"/> 公共行政及國防；強制性社會安全 <input type="checkbox"/> 教育業 <input type="checkbox"/> 醫療保健及社會工作服務業 <input type="checkbox"/> 藝術、娛樂及休閒服務業 <input type="checkbox"/> 其他服務業			
申 請 人 數	□一般時數 名 □部分時數 名 合計 名			
身分別				
提供之職場學習及再適應性質(請註記係一般或部分時數)	職 稱	學 習 內 容		備 註
提供之福利				
提供之訓練				
預期效益	預期留用人數 名		預期留用待遇 元	
備註	工作時間： 工資： 公休日數：			