

附表四

「職場學習及再適應計畫」書面審查表

申請單位名稱 (請填全銜)			
申請單位地址	□□□ 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	( )-
申請人數	□一般時數 名 □部分時數 名 合計 名		
審查文件及項目	□職場學習及再適應申請書。		
	□登記證明文件影本或其他合法登記、立案之證明文件。		
	□申請計畫日前最近一個月之勞工保險投保人數，非強制投保之用人單位，需提出足以證明公司員工數之文件。		
	□已依身心障礙者權益保障法及原住民族工作權保障法比例進用規定，足額進用身心障礙者及原住民或繳納差額補助費、代金之文件。		
	□提供職場學習及再適應之工作機會符合本計畫之目的。		
	□符合職場學習及再適應計畫之其他相關規定。		
實地審查	□是，原因：		□否
	□其他經執行單位認定與本計畫審核相關之必要文件。 備註： 文件。		
審查結果	□合格 □不合格，原因：		
核定職場學習及再適應機會數	□一般時數 名		
	□部分時數 名		
核定總補助額度	月		
核定補助總經費	元		
備註			
承辦人		業務主管	機關首長

審查日期： 年 月 日