

附件三

新北市政府補助非進用身心障礙者義務機構進用身心障礙 員工人事費期滿報告表

統一編號（稅籍）：				公（勞）保 投保證號：						
申請機構名稱：										
身 心 障 礙 員 工 資 料										
姓 名										
身 分 證 字 號										
出生日期： 年 月 日					鑑定日期： 年 月 日					
障礙類別：					障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度					
現 任 職 務										
教 育 程 度										
工 作 地 點		新北市 區								
僱用者對其滿意度										
是否繼續僱用		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，原因：								
受 補 助 機 構 建 議 事 項										

機構印信

負責人簽章