

附表四

勞動部勞動力發展署 **分署**
○年度辦理「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	□□□		
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	<input type="checkbox"/> 一般時數 名 <input type="checkbox"/> 部分時數 名		
審查文件及項目	<input type="checkbox"/> 職場學習及再適應申請書。		
	<input type="checkbox"/> 登記證明文件影本或其他合法登記、立案之證明文件。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
	<input type="checkbox"/> 提供職場學習及再適應之工作機會符合本計畫之目的。 <input type="checkbox"/> 符合職場學習及再適應計畫之其他相關規定。		
	<input type="checkbox"/> 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。		
實地審查	<input type="checkbox"/> 是，原因：		<input type="checkbox"/> 否
審查結果	<input type="checkbox"/> 合格 <input type="checkbox"/> 不合格，原因：		
核定職場學習及再適應機會數	<input type="checkbox"/> 一般時數 名 <input type="checkbox"/> 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