

附表二

「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：_____人 (指申請日前最近一個月之勞工保險、就業保險、勞工職業災害保險投保人數)	
			統編：	
單 位 登 記 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 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	☐ 農、林、漁、牧業 ☐ 礦業及土石採取業 ☐ 製造業 ☐ 電力及燃氣供應業 ☐ 用水供應及污染整治業 ☐ 營建工程業 ☐ 批發及零售業 ☐ 運輸及倉儲業 ☐ 住宿及餐飲業 ☐ 出版影音及資通訊業 ☐ 金融及保險業 ☐ 不動產業 ☐ 專業、科學及技術服務業 ☐ 支援服務業 ☐ 公共行政及國防；強制性社會安全 ☐ 教育業 ☐ 醫療保健及社會工作服務業 ☐ 藝術、娛樂及休閒服務業 ☐ 其他服務業			
申請職場學習性質人數	職稱	學習內容	可接受個案身分別	備註
☐ 正常時數 名			☐ 不限	
☐ 部分時數 名			☐ 其他：(請說明)	
☐ 正常時數 名			☐ 不限	
☐ 部分時數 名			☐ 其他：	
☐ 正常時數 名			☐ 不限	
☐ 部分時數 名			☐ 其他：	
公 司 福 利				
輔 導 或 管 理 作 法				
預 期 效 益	預期留用人數 名	預期留用待遇 元		
備 註	上班時間： 休息時間：			