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	□一般時數　　名　□部分時數　　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。		
	□ 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	□是，原因：	□ 否	
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