

單側聽損者職務再設計試辦計畫申請書-申請單位資料表

申請單位資料表			
(屬個人、自營業者申請免填)			
案件編號：(由受理申請單位填寫)		申請日期：	
申請單位類別	<input type="checkbox"/> 公、民營事業機構 <input type="checkbox"/> 政府機關、學校 <input type="checkbox"/> 法人團體		
申請單位名稱	(申請單位用印)		
單位負責人姓名		統一編號	
單位電話		單位地址	
聯絡人姓名職稱		聯絡人電話	
聯絡人電子郵件			
行業別	<input type="checkbox"/> 農林漁牧業 <input type="checkbox"/> 礦業及土石採取業 <input type="checkbox"/> 製造業 <input type="checkbox"/> 電力及燃氣供應業 <input type="checkbox"/> 用水供應及汙染整治業 <input type="checkbox"/> 營造業 <input type="checkbox"/> 批發及零售業 <input type="checkbox"/> 運輸倉儲業 <input type="checkbox"/> 住宿及餐飲業 <input type="checkbox"/> 資訊及通訊傳播業 <input type="checkbox"/> 金融保險業 <input type="checkbox"/> 不動產業 <input type="checkbox"/> 專業科學及技術服務業 <input type="checkbox"/> 支援服務業 <input type="checkbox"/> 教育服務業 <input type="checkbox"/> 醫療保健及社會工作服務業 <input type="checkbox"/> 藝術、娛樂、休閒服務業 <input type="checkbox"/> 其他服務業 <input type="checkbox"/> 政府機關		
員工總人數 (以申請日最近一個月員工投保總人數計)			
申請協助人數			