

(機關(構)名稱) 進用身心障礙員工名冊

填表日期： 年 月 日

序號	身心障礙員工姓名	身心障礙手冊 或新制證明字號	障別及等級	公(勞)保 加保日期	身障員工 加權人數	進用投保日期	身心障礙手冊 或新制證明 初次鑑定日期	年資	工作型態
1			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
2			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
3			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
4			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
5			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
6			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
7			障 度	年 月 日	人	年 月 日	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
合 計	人數 人		輕度 人 重度 人 極重度 人		人			平均工作年資 年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 人 <input type="checkbox"/> 部分工時 人

* 進用身心障礙員工計__人

* 身心障礙員工平均工作年資__年__個月

* 進用身心障礙員工加權人數計__人 (依身心障礙者權益保障法第 38 條第 6 項規定：進用重度以上身心障礙者，每進用 1 人以 2 人核計)

備註：表格若不敷使用，請自行新增欄位。

填表說明：

1. 「身心障礙手冊字號」欄，係填寫身心障礙手冊或新制證明字號或身分證字號。

2. 「公(勞)保加保日期」欄，請填寫申請獎勵之機關(構)為身心障礙員工加保公(勞)保之日期。惟身心障礙員工如係進入公司工作後才申請身心障礙手冊或新

制證明者，則以其初次領取身心障礙手冊或新制證明起計算工作年資。

3. 員工（含身心障礙者）人數之計算，依身心障礙者權益保障法第 38 條規定辦理。不計入進用身心障礙者人數之身心障礙員工勿列入本名冊。

4. 表列人員均以 108 年 12 月 31 日仍在職者為限。