

(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109年12月31日仍在職者為限。