

附表二

身心障礙員工薪資一覽表

員工姓名 身分證統一 編號	任職期間		年第 季薪資明細			工作職稱 工作內容
	勞保加保日期	勞保退保日期	月	月	月	
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				
	年 月 日					
	年 月 日	實際工作地點：				

填表人簽章

負責人蓋章

備註：一、本表務請據實填寫，如發現虛偽不實情形，除追回獎勵金外，涉及刑事責任者，移送司法機關偵辦。

二、本表請自行影印使用。