

(機關(構)名稱) 自辦或委辦諮詢性電話服務進用視障電話服務員名冊

序號	視障電話服務員姓名	身心障礙 手冊或新制證明字號	視障等級	公(勞)保 加保日期	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	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
2			障 度	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	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
4			障 度	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	年 月 日	年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 <input type="checkbox"/> 部分工時
合 計	身障員工 人數 人		輕度 人 中度 人 重度 人 極重度 人	年 月 日	年 月 日	平均工作年資 年 個月	<input type="checkbox"/> 全時 人 <input type="checkbox"/> 部分工時 人

視障諮詢性電話服務員計 人 視障諮詢性電話服務員平均工作年資 年 個月

備註：表格若不敷使用，請自行新增欄位。

填表說明：

1. 「身心障礙手冊或新制證明字號」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)為視障諮詢性電話服務員加保公(勞)保之日期。
3. 表列人員均以 107 年 12 月 31 日仍在職者為限。