**嘉義縣政府及所屬機關學校定額進用身心障礙者季報表 附件一**

員工總人數在34人以下者免填

|  |  |
| --- | --- |
| 機關(構)全銜 |  |
| 業務聯絡人 | 姓名：　　　　　　　　　　 電話：　　　　 　　　　　 分機： |
| 員 工 人 數 | 身 心 障 礙 員 工 人 數 |
| 年／月（１日） | 公保人數 | 勞保人數 | 合計人數 | 法定人數 | 實際進用人數(重度以上以二人計) | 不足額(差額)人數 |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |  |  |
| 身心障礙員工基本資料 |
| 姓名 | 身分證號 | 障別 | 等級 | 鑑定日期 | 備註 |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |

註：一、員工人數之計算請以機關每月1日參加勞保、公保人數為準。

二、進用重度身心障礙人員，每進用1人以2人核計。

三、如有身心障礙人員異動請於次月15日前填送嘉義縣政府人事處，如無異動則免填報。

四、本表請影印備用或上縣府人事處網站檔案下載區（<http://www.cyhg.gov.tw/16/personnel/index4.htm>）

 下載。

**填表人核章： 機關首長核章：**