**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：**