

育英醫護管理專科學校工讀生簽到單

年 月

人事室112.02版

姓名		學號		出生日期（民國）					
身份別 (請依實際情況勾選)		☐ 一般生 ☐ 身心障礙者，勾選等級： ☐ 輕、 ☐ 中、 ☐ 重度(需具證明，政府方補助保險費)							
聯絡手機		身分證字號		負責教師		(簽章)		分機	
計畫名稱		學校經費-生活學習助學金(計時制)			聘用單位		計畫編號	學校經費	
日	星期	上班時間	下班時間	時數	工作內容	簽名處	負責教師	加退保 承辦人核章	
		(務必手寫到分鐘，例:17:32)						加保	退保

~以下欄位為月底結算時用~

總時數：_____小時 給付總額：_____小時×_____元/時=_____元			
應扣保費_____元(加退保人員填)		實領金額_____元(連同核銷單一併送出,交會計室填)	
製表人 簽章		單位主管 簽章	

~此款項列入該年度所得~

備註：

- 計畫編號請計畫主持人或計畫承辦人填寫。
- 針對同時申請校內工讀生與各計畫助理工讀之學生，避免同一天在兩個單位工讀，且填寫日期、時間勿重疊，避免保費負擔問題產生，請各單位加強配合。
- 請依範例格式整齊填寫，請事先安排每週之時數，並於前週五下午5:00前送承辦人辦理加退保即可，逾時不候。
- 請先填日、星期，勿超出格子或書寫難以辨認之數字，並填寫實際出勤時間至分鐘。(例：12:03)
- 1天至多8小時，採24小時制，一日中午如休息1小時，請分開為2列填寫。
- 若有填寫錯誤或塗改的情況，請製表人在該處簽章。
- 請勾選身份別，若您具身心障礙身分者，請具備相關證明，並勾選您的身心障礙等級，以利辦理政府補助保費作業。
- 本表所蒐集之個人資訊，將僅保存於校內，並遵守個人資料保護法相關規定，保障您的個人資料。

保存5年