

國立澎湖科技大學_____年_____月之預定工作加退保表

計畫名稱：

計畫編號：

114.03.10 版

姓名：

日期	預定工作加退保日期 (請勾選)	日期	預定工作加退保日期 (請勾選)
1		17	
2		18	
3		19	
4		20	
5		21	
6		22	
7		23	
8		24	
9		25	
10		26	
11		27	
12		28	
13		29	
14		30	
15		31	
16		合計 日	
聘用單位老師 或計畫主持人 核章		總務處事務組 登記	

說明：係指未全月在職者，每月可依投保薪資及實際工作天數來收取勞保及勞退費用，為了保障聘僱人員的工作安全與維護其應有的權益，投保單位必須依照規定於到職當日申報加保，**請於每月月底填寫下個月預定加退保工作時間表**，送至本組做為辦理加退保依據，日期如有更動，請務必於勾選日期之前三日通知承辦人員林羿靜小姐，上班時間分機 1323。

備註：如本組收件日期已逾勾選之時間，無法追溯投保，衍生之相關問題，請計畫主持人自行負責。