

求職者自行求職紀錄表一（供面試求職時使用）

本人_____於_____年_____月_____日前來應徵_____公司之
_____工作，結果：

一、決定自_____年_____月_____日開始僱用，薪資_____，工作內容如下：

二、因下列原因未能僱用：

年齡不合

工作環境不合

教育程度不合

待遇及福利措施不合

體能不合

其他條件不合

技術不合

其他原因_____

工作地區不合 _____

單位名稱：

單位地址：

單位電話：

單位聯絡人（指與求職者直接面試者）：

應徵日期：_____年_____月_____日 填表人簽章：

.....
求職紀錄表二（僅供郵寄履歷表或網站登載求職....等求職方式使用）

本人_____於_____年_____月_____日以_____方式應徵_____公司之
_____工作，並於_____年_____月_____日_____時_____分電話與該公司_____聯繫
確認，該公司回覆結果如下：

一、決定自_____年_____月_____日開始僱用，薪資_____，工作內容為：

二、因下列原因未能僱用：

年齡不合

工作環境不合

教育程度不合

待遇及福利措施不合

體能不合

其他條件不合

技術不合

其他原因_____

工作地區不合 _____

單位名稱：

單位地址：

單位電話：

單位聯絡人（求職者直接聯繫之對象）：

應徵日期：_____年_____月_____日 填表人簽章：

委 託 書

本人因傷病診療，無法親自辦理失業再認定，茲委託_____
辦理失業再認定事宜。

檢附：

- * 附件一、醫療機構出具之相關證明文件乙份（經醫師加註應休養或暫時無法工作之期間逾三十日者，免提供附件二）
- * 附件二、再認定日前一個月內本人二次以上求職紀錄各乙份。

申請人(本人)： (簽章)

身分證字號：

受託人： (簽章)

身分證字號：

中華民國 年 月 日

本表以投保單位填寫為原則，若同意由離職員工自行填寫，請投保單位務必確實檢查有無遺漏或記載繆誤，經核對無誤後，再加蓋印信或章戳，以示負責。另相關法規條文，參見如下：

就業保險法相關條文

- 第 11 條 本保險各種保險給付之請領條件如下：
- 一、失業給付：被保險人於非自願離職辦理退保當日前三年內，保險年資合計滿一年以上，具有工作能力及繼續工作意願，向公立就業服務機構辦理求職登記，自求職登記之日起十四日內仍無法推介就業或安排職業訓練。
被保險人因定期契約屆滿離職，逾一個月未能就業，且離職前一年內，契約期間合計滿六個月以上者，視為非自願離職，並準用前項之規定。
本法所稱非自願離職，指被保險人因投保單位關廠、遷廠、休業、解散、破產宣告離職；或因勞動基準法第 11 條、第 13 條但書、第 14 條及第 20 條規定各款情事之一離職。

勞動基準法相關條文

- 第 11 條 非有左列情事之一者，雇主不得預告勞工終止勞動契約：
- 一、歇業或轉讓時。
 - 二、虧損或業務緊縮時。
 - 三、不可抗力暫停工作在一個月以上時。
 - 四、業務性質變更，有減少勞工之必要，又無適當工作可供安置時。
 - 五、勞工對於所擔任之工作確不能勝任時。
- 第 13 條 勞工在第 50 條規定之停止工作期間或第五十九條規定之醫療期間，雇主不得終止契約。但雇主因天災、事變或其他不可抗力致事業不能繼續，經報主管機關核定者，不在此限。
- 第 14 條 有左列情形之一者，勞工得不經預告終止契約：
- 一、雇主於訂立勞動契約時為虛偽之意思表示，使勞工誤信而有受損害之虞者。
 - 二、雇主、雇主家屬、雇主代理人對於勞工，實施暴行或有重大侮辱之行為者。
 - 三、契約所訂之工作，對於勞工健康有危害之虞，經通知雇主改善而無效果者。
 - 四、雇主、雇主代理人或其他勞工患有惡性傳染病，有傳染之虞者。
 - 五、雇主不依勞動契約給付工作報酬，或對於按件計酬之勞工不供給充分之工作者。
 - 六、雇主違反勞動契約或勞工法令，致有損害勞工權益之虞者。
- 第 20 條 事業單位改組或轉讓時，除新舊雇主商定留用之勞工外，其餘勞工應依第 16 條規定期間預告終止契約，並應依第 17 條規定發給勞工資遣費。其留用勞工之工作年資，應由新雇主繼續予以承認。
- 第 19 條 勞動契約終止時，勞工如請求發給服務證明書，雇主或其代理人不得拒絕。

依就業服務法第 33 條第 1 項規定，雇主資遣員工時，應於員工離職之 10 日前，將被資遣員工之姓名、性別、年齡、住址、電話、擔任工作、資遣事由及需否就業輔導等事項，列冊通報當地主管機關及公立就業服務機構。第 68 條第 1 項規定，違反第 33 條第 1 項規定者，處新臺幣 3 萬元以上 15 萬元以下罰鍰。

就業保險失業〔再〕認定、失業給付申請書及給付收據

申請日期 年 月 日

就服站代碼

認定編

申請人	姓名	身分證 統一編號	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出生 日期	年 月 日	電話	() 手機:								
	通訊 地址				離職 日期	年 月 日	求職 登記日期	年 月 日								
	離職單 位名稱 及保險 證號	保險證 號: 字	號	申請或 推 介 工 作 地 點	◎原工作所在地 _____ 縣(市) ◎希望工作地點 _____ 縣(市)											
	失業期間 另有其 他工 作 收 入 者 ， 月 工 作 收 入 金 額	元	此次申 請失 業 給 付 起 日	年 月 日	申 請 金 額	元 (非必 填欄 位)										
有無請領其他就業促進津貼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				有無同時領取其他社會福利津貼 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
給付及	※給付方式(請勾選一項) 一、金融機構(不含郵局)及分支機構名稱請完整填寫，存簿之總代號、分支代號及帳號，請分別由左至右填寫完整，位數不足者，不需補零。 二、郵政存簿儲金局號及帳號(均含檢號)不足7位者，請在左邊補零。 三、所檢附金融機構或郵局之存簿封面影本應可清晰辨識，帳戶姓名須與勞保局加保資料相符，以免無法入帳。 四、給付金額以勞工保險局核定金額為準。 1、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在金融機構之存簿帳戶：金融機構名稱： _____ 銀行(庫局) _____ 分行(支庫局) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>總代號</td> <td>分支代號</td> <td>帳 號</td> <td>金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> 2、 <input type="checkbox"/> 匯入申請人在郵局之存簿帳戶 局號： _____ 帳號： _____								總代號	分支代號	帳 號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)				
	總代號	分支代號	帳 號	金融機構存款帳號(分行別、科目、編號、檢查號碼)												
收據	眷屬姓名	身分證 統一編號	出生 日期	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										
	與申請 人 關 係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未滿20歲子女 <input type="checkbox"/> 身心障礙子女		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 工作收入		<input type="checkbox"/> 應備書件齊全 <input type="checkbox"/> 缺附身分證證明文件 <input type="checkbox"/> 缺附身心障礙證明										
據	眷屬姓名	身分證 統一編號	出生 日期	年 月 日	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女										
	與申請 人 關 係	<input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 未滿20歲子女 <input type="checkbox"/> 身心障礙子女		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 工作收入		<input type="checkbox"/> 應備書件齊全 <input type="checkbox"/> 缺附身分證證明文件 <input type="checkbox"/> 缺附身心障礙證明										
以上各欄均據實填寫，為審核給付需要，同意勞工保險局及公立就業服務機構可逕向中央健康保險局或其他有關機關團體調閱相關資料，另所列之眷屬確實受本人扶養且無工作收入，若有不實致溢領保險給付，本人同意將所領失業給付款項如數返還勞工保險局，亦同意勞工保險局逕自本人得領取之保險給付中扣除繳還。																
申請人 (代理人)				<div style="border: 1px dashed black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div> (簽章)												
※申請人離職辦理退保時之身分： <input type="checkbox"/> 一般失業勞工 <input type="checkbox"/> 年滿45歲者 <input type="checkbox"/> 身心障礙者				公 立 就 服 機 構 審 核 欄												
※申請應備書件： <input type="checkbox"/> 1、離職證明文件正本及影本。 <input type="checkbox"/> 原投保單位出具之離職證明文件。 <input type="checkbox"/> 勞工行政機關出具之離職證明文件。 <input type="checkbox"/> 申請人自行切結之離職證明書。 <input type="checkbox"/> 2、國民身分證正本及影本各一份。(正本核對無誤後退還申請人) <input type="checkbox"/> 3、申請人金融機構存款簿載明分行帳號之封面或內頁影本一份。 <input type="checkbox"/> 4、最高學歷證書、技術士證、曾接受職業訓練之結訓證書影本(本項為參考文件)。 <input type="checkbox"/> 5、申請人或受扶養之眷屬為身心障礙者，應檢附社政主管機關核發之身心障礙證明。 <input type="checkbox"/> 6、增列受扶養眷屬者應檢附戶口名簿影本或其他身分證明文件影本。 再認定應備書件： <input type="checkbox"/> 1、2次求職紀錄。 <input type="checkbox"/> 2、傷病診療證明及書面委託書。 <input type="checkbox"/> 3、等待職業訓練開訓。 <input type="checkbox"/> 4、7日內補證。 <input type="checkbox"/> 5、其他 _____。																
				※審核結果： <input type="checkbox"/> 失業認定 <input type="checkbox"/> 1、要件符合且備妥申請書件 <input type="checkbox"/> 2、要件符合進入等待期，但7日內需補齊證件。 <input type="checkbox"/> 3、不符申請要件。 <input type="checkbox"/> 失業再認定(7日內補正2次求職紀錄) <input type="checkbox"/> 失業認定 <input type="checkbox"/> 失業第 _____ 次再認定												
				<input type="checkbox"/> 1、完成認定。 <input type="checkbox"/> 2、未完成認定 _____ 公立就業服務機構名稱： 【請蓋印信或章戳】												
				(再)認定日期： 年 月 日 下次再認定日期： 年 月 日 ~ 年 月 日												

※注意：申請人申請失業給付時，原離職投保單位未依規定辦理退保手續者，經勞工保險局核發失業給付後遲予退保。
 申請人申請失業給付時，應據實填寫，如有偽造、詐欺等不法行為者，將移送司法機關辦理。
 申請人已領取勞工保險老年給付者，不得核給失業給付；另請領失業給付期間又領取老年給付者，即不再核給失業給付。