

東海大學勞僱型兼任教學助理人員勞動契約書

甲方：東海大學

指導教師：阿不思·鄧不利多

計畫序號 / 名稱：109025 / 109 高教深耕：3-2-1 共學共創與跨域師資培育

計畫單位/主持人：高教深耕 / 姜文斌(哲學系)

委託機構名稱：教育部

乙方：東海大學 化學工程與材料工程 學系 學生姓名：哈利·波特

一、約用期間：自中華民國 109/04/01 起至 109/06/30 止

完成約用簽核，始得聘任，未通過核准前之約用日期一律不採納，如有辦理勞保者，亦同保險生效日。

二、工作地點：東海大學

甲方按工作實際需要指定安排工作場所，非僅限於學校內。

三、工作內容：進行實驗課程之藥品配製及實驗操作示範等課程協助相關事宜。

乙方所任工作由甲方指派與指導，並須於規定期限內如期完成。

四、工作薪資：起聘第一個月月薪 2,600 元整(新臺幣)；第二個月起，月薪 2,500 元整(新臺幣)。

在約用期間內由甲方在所屬專題研究計畫經費項下按月支給乙方工作酬金。

五、工作時間及休息時間：

(一) 乙方正常工作時間：每月 15.5 小時，每日不得超過 8 小時。

(二) 乙方繼續工作 4 小時，至少應有 30 分鐘之休息。

(三) 乙方應按甲方規定之時間上、下班，並配合甲方規定記錄出勤狀況之方式辦理，不得遲到、早退或曠職。

六、責任及義務：乙方應遵守本校及合作機構有關規定，如有違反，甲方計畫主持人得依乙方實際執行情況，中止約用合約，乙方不得異議；乙方如因特別事故須於僱用期滿前先行離職時，應於一個月前提出申請經甲方計畫主持人同意後始得離職。

七、乙方參與計畫作業所蒐集之資料及研究所得之成果屬甲方所有，非經計畫主持人及甲方之同意，不得擅自利用或公開，違者除解約外，如涉及不法利益，並得依法處理。

八、甲方應於起聘日完成勞工保險及全民健康保險加保手續，並得依委託機構之規定，自計畫經費中為其提撥勞工退休金。

九、乙方於約用期滿或中途離職時，均應辦理離職手續，將工作證繳回，若有超領薪資或借支者，應先繳回或清償。

十、本契約書未盡事宜，依勞動基準法、委託機構相關規定及本校學生兼任助理習與勞動權益保障處要點相關規定辦理。

十一、契約份數：本契約書一式三份，由甲方、乙方及計畫主持人各執乙份。

甲 方：東海大學

校長：王茂駿

計畫主持人：姜文斌

乙 方：哈利·波特 (簽章)

身分證字號：BC0000001

戶籍地址：台中市西屯區台灣大道四段 1727 號

中華民國 109 年 03 月 20 日

東海大學【勞(健)保及勞退金自願提繳】加保申請表

填表日期： 109 年 03 月 20 日

單 位	教務處教學發展中心		計畫主持人 / 指導教師	姜文斌	
經費來源	<input type="checkbox"/> 科技部 <input type="checkbox"/> 教育部 <input type="checkbox"/> 農委會 <input type="checkbox"/> 經濟部 <input checked="" type="checkbox"/> 高教深耕 <input type="checkbox"/> 其他 <input type="checkbox"/> 學校經費				
會計系統	代 號	全 稱			*需經會計室核章
預算單位	109025	109高教深耕：3-2-1共學共創與跨域師資培育			
會計科目	802-63	高教深耕計畫-業務費			
姓 名	哈利·波特		身份證字號	B C 0 0 0 0 0 0 0 1	
系 所	化學工程與材料工程	*非學生免填	學 號	G00000001 *非學生免填	
出生年月日	民國 69 年 07 月 31 日		月 保 聘 期	109年04月01日至109年06月30日	
日保(投保日期)	無		每月(日)薪資	109年4月-2,600元/月; 109年5月至6月-2,500元/月	
原住民身份	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 族別_____		身 心 障 礙	<input checked="" type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是, 類別_____	
E - m a i l	G00000001@thu.edu.tw (必填)		手 機 / 分 機	0912345678 (必填)	
勞工退休金自願提繳率	<input checked="" type="checkbox"/> 不願提繳。 <input type="checkbox"/> 個人自願提繳%(1%-6%範圍內)勞退金。 ※計畫需編列雇主提繳 6%之勞工退休金 (必填)				
全民健康保險	<input checked="" type="checkbox"/> 不加保 <input type="checkbox"/> 申請加保, 加保日期自 年 月 日起。 (必填)				

注意事項：

- 一、依勞保規定：投保單位應於勞工到職日及離職日(指在職最後一日)，為所屬勞工辦理加、退保。請務必於受僱人到、離職日前向承辦單位(人事室、勞教處、研發處、教務處)提出加、退保申請，以免發生保費溢繳或應繳未繳情形損害受僱人權益，衍生相關法律責任；非於到職日或離職日申報者，以申請者送達承辦單位收件之當日辦理加退保；其保險效力亦自該日起算，不得追溯。
- 二、每週工作時數未達 12 小時或短期工讀不超過 3 個月，得選擇不在本校加保。如有眷屬欲依附加保健保請另填東海大學眷屬全民健康保險加保申請表；受僱人辦理轉出時，所依附之眷屬一併轉出。
- 三、請檢附身份證正反面影本(本國人):居留證及工作許可函影本(外籍人士)。
- 四、受僱人如因聘僱期間中途離職或聘僱期間屆滿不續聘者，務必辦理退保手續，未依規定辦理退保，延遲期間衍生應繳而未繳之保費(含個人及雇主負擔)，由聘用單位(人)自行承擔。

(受僱人) 本人 簽 章： 哈利·波特 109.03.20 (本人已詳閱備註事項)

計畫主持人或指導教師或單位主管簽章： 阿不思·鄧不利多 109.02.20 (本人已詳閱備註事項)

* 以下欄位由承辦單位填寫

投 薪 保 資	勞 保		個 人 負 擔		雇 主 負 擔	
	健 保		個 人 負 擔		雇 主 負 擔	
	勞 退		個 人 負 擔		雇 主 負 擔	
到 職 加 保 日 期	(以承辦單位向勞保局申報日起)					
備 註						

承辦單位編號：

東海大學勞保、健保退保申請表

填表日期：109年03月20日

* 以下欄為由計畫離職人員填寫

單位	教務處 教學發展中心	計畫主持人/ 負責人	姜文斌
姓名	哈利·波特	身份證號/ 統一證號	BC00000001
會計科目	高教深耕計畫-業務費		
聯絡電話 (必填)	0912345678		
在職最後日期	109年 06 月 30 日，保險自即日起轉出。		

本人已將執行業務所持有之個人資料(包括紙本及儲存媒介物)辦理交接，未攜離使用，特此具結。

本人：哈利·波特 109.03.20 (簽章並簽註日期)

計畫主持人或負責人：阿不思·鄧不利多 109.02.20 (簽章並簽註日期)

附註：

- 一、各專題研究計畫助理人員離職，應於離職當日(指在職的最後一日)申報勞健保退保，請於一個星期前填寫退保申請表(人事室網頁下載)交至人事室俾便辦理退保，以免發生保費溢繳或應繳未繳情形而致受僱人之勞、健保權益受損，衍生相關法律責任。
- 二、計畫助理人員，在職期間依規定參加勞保、健保及勞退(雇主)，所需保險費由個人及該計畫經費分擔支付。

* 以下欄為由人事室填寫

投保薪資	勞保		勞保負擔	單位		健保負擔	單位		勞退負擔	單位	
	健保			本人	本人		本人	本人			
	勞退										
勞(健)保、勞退 轉出日期		(不能溯及以申報日為準)									
備註說明：健保如有眷屬依附加保，將一併轉出。											

同意與聲明書

本人 哈利·波特 應徵東海大學 姜文斌 老師所主持計畫聘任之

專任助理 博士後研究員

兼任助理人員、臨時工

乙職(以下簡稱本職務人員)，同意並聲明下列事項：

一、依教育部 101 年 10 月 24 日臺人(二)字第 1010177958 號函所示：學校應依性別平等教育法第 27 條第 4 項規定於任用教育人員或進用其他專職、兼職人員前，應依性侵害犯罪防治法之規定，查閱其有無性侵害之犯罪紀錄，或曾經主管機關或學校性別平等教育委員會調查有性侵害、性騷擾或性霸凌行為屬實並經該管主管機關核准解聘或不續聘者。本人於甄選時同意提供姓名、國民身分證統一編號(外籍人士提供護照/居留證號碼)及出生年月日供學校申請查詢有無性侵害犯罪加害人登記資料及至「全國不適任教育人員通報查詢系統」進行查閱。

二、本人聲明於應徵前無下列所述情事：

(一)犯性侵害犯罪防治法第二條第一項之性侵害犯罪，經有罪判決確定。

(二)有性侵害、性騷擾或性霸凌之行為，經認定不得擔任教育從業人員，且於該管制期間。

三、本人如未獲錄取本職務人員，同意由用人單位(主持人)自本次招募結束後立即將此份文件進行銷毀，以確保個人資料安全。

此致

東海大學

立書人(簽名)： 哈利·波特

國民身分證統一編號： BD00000001

出生年月日：西元 1980 年 07 月 31 日

計畫序號： 109025

中 華 民 國 109 年 03 月 20 日

下列欄位由人事室填寫	
教育部函復日期	本校收發文號

勞工保險外籍被保險人資料表 (中英)

Labor Insurance Information Form for foreign insured person

被保險人姓名 (Name of Insured)	哈利·波特 Harry Potter		
出生日期 (Date of Birth)	1980 年(Y)	07 月(M)	31 日(D)
居留證號 ARC NO.	BC00000001	護照號碼 Passport NO.	12345678
國籍 (Nationality)	英國	過去是否曾在台工作? (Have you ever worked in Taiwan?)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 是(Yes) <input type="checkbox"/> 否(No)	
親屬狀況(Relatives Status)			
稱謂 (Title)	姓名 (Full Name)	出生日期 (Date of Birth)	存歿 (alive/deceased)
父 (Father)	James Potter	1960 年 03 月 27 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input checked="" type="checkbox"/> 歿(deceased)
母 (Mother)	Lily Potter	1960 年 01 月 30 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input checked="" type="checkbox"/> 歿(deceased)
配偶 (Spouse)		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
子女 (Children)		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)
		年 月 日 (Y) (M) (D)	<input type="checkbox"/> 存(alive) <input type="checkbox"/> 歿(deceased)

※本表因涉及勞保給付權益，為避免影響日後案件審查進度，請被保險人以正楷覈實填寫。填表時如有疑義，請洽本局職業災害給付組(電話：02-23961266 轉 2263)。

This form concerns your benefits for Labor Insurance. To prevent any delay in processing your application in the future, please fill out this form in block letters truthfully and accurately. If you have any questions about filling out the form, please contact the Occupational Benefits Payment Division of the Bureau of Labor Insurance (Tel: 02-23961266 ext. 2263)