

공유 업무 계획 참여자 명단

영향 받는 부서의 인원이 7명 이상인 경우 추가 호명을 위해 이 페이지를 복사해 두십시오.
 영향 받는 부서가 하나 이상 있는 경우 이 페이지를 복사하여 다른 각 부서에 대해 작성하십시오.

직원 이름 및 작업 현장 주소	직원 등록 번호	날짜
------------------	----------	----

영향 받은 부서명:

제안 요율 감소¹:

직원 이름	중간이니셜	직원 성	직원 사회보장번호	정상 근무 시간 ²	이 직원이 귀하 를 위해 계절적, 일시적 또는 간헐적 고용 조건으로 근무합니까? (예 또는 아니요)	부분 근로자(예 또는 아니아니요)	조합명 및 지역 번호 ³	공유 업무에 대한 유효 시작일 ⁴
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

영향 받는 부서의 직원 수: _____
 업무 공유 직원 수: _____

¹ 20% 이상 60% 이하 가능
² 주당 40시간을 넘지 않을 것
³ 직원이 조합원인 경우 해당 단체 교섭 대리인이 동의해야 함(항목 14)
⁴ 기존 계획을 수정하는 경우에만 필요