

### Shared Work Plan (共有された作業プラン) 参加者リスト

影響のある部署に7人以上いる場合、このページをコピーして、名前を追加してください。  
影響のある部署が複数ある場合、このページをコピーして、他の部署のそれぞれについて記入してください。

雇用主名および職場住所	雇用主登録番号	日付
-------------	---------	----

影響のある部署名:

提案された削減する割合<sup>1</sup>:

従業員の姓	ミドル	従業員の名	従業員の社会 保険番号	通常の労働時間 <sup>2</sup>	あなたの下で 働いているこの 従業員は季節 的、臨時、また は断続的な雇 用ですか? (はい/いいえ)	業務請負 (はい/ いいえ)	労働組合名 およびロー カル番号 <sup>3</sup>	共有された作業 の実質的な勤務 開始日 <sup>4</sup>
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								

影響のある部署での従業員の数: \_\_\_\_\_

作業を共有している従業員の数: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> 20%以上60%未満であること

<sup>2</sup> 週に40時間以下である必要があります

<sup>3</sup> 従業員が労働組合員の場合、各団体交渉代理人の同意が必要です (項目14)

<sup>4</sup> 既存のプランを変更する場合のみ必要です