附件6

变更特殊工时岗位清单式管理申请表

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申请单位 |  | 法定代表（负责人） |  |
| 统一社会信用代码 |  |
| 住所地 |  |
| 涉岗职工总数 |  | 涉及被派遣劳动者人数 |  |
| 受委托人 |  | 联系电话 |  |
| 原行政许可决定书编号： 许可机关名称： |
| 变更前实行综合计算工时工作制 | 变更后实行综合计算工时工作制 |
| 序号 | 岗位 | 计算周期 | 序号 | 岗位 | 计算周期 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 变更特殊工时岗位清单式管理的理由、涉岗职工的工作时间及休息休假安排（1）用人单位生产经营具体特点，要求变更综合计算工时工作制计算周期的详细事实和理由：（2）用人单位上年度实际工作时间的执行情况：（3）具体申报的岗位及涉岗职工工作时间安排情况：（4）实行以月、季、半年或年为综合计算工时计算周期的理由：（5）保证职工休息休假和加班工资支付的具体规定：（6）职工劳动合同期限在综合计算周期内满或劳动合同提前解除的用人单位保障职工合法权益的具体规定： |
| 申请单位承诺 | 本申请单位保证提供的所有材料真实、有效、合法。如有违反，愿意按《中华人民共和国行政许可法》第69条、第78条、第79条、第80条之规定，承担相应的法律责任。申请单位（盖章） 年 月 日 |

填表说明：1．申请岗位或工种涉及劳务派遣人员的，申请单位应同时提交劳务派遣单位的意见并加盖单位公章。2．如申请表为A4纸正反面打印，则在申请单位处加盖单位公章；否则，申请表每页加盖骑缝章。