附件 2

# **山东省青年见习基地申报表**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申报单位名称 |  | | | |
| 单位统一社会信  用代码 |  | | 单位性质 |  |
| 单位地址 |  | | 邮政编码 |  |
| E-mail |  | 单位网址 |  | |
| 联系人姓名 | 工作部门和职务 | 联系电话 | 移动电话 | 传真 |
|  |  |  |  |  |
| 申报理由 |  | | | |
| 区（县）人力资源 社会保障意见 | （盖章）  经办人： 审核人： 年 月 日 | | | |

附件 3

# **山东省见习协议书**

甲方： （见习基地） 法定代表人：

单位所在地：

乙方： （见习人员）

身份证号码：

为明确见习人员与见习单位的责任与义务，根据国家有关

法律、法规，在平等自愿的基础上，经甲乙双方协商一致，签 订本协议。

一、见习期限

乙方见习期限自 年 月 日起至 年

月 日止。

1. 见习岗位

甲方根据乙方的专业和工作需要，安排乙方到 部门，从事 工作。

1. 三、甲方义务

1.甲方为乙方落实指导老师或传、帮、带负责人。

2.甲方为乙方提供 元/月的基本生活补助及 (其他待遇)，在每月 日前发放。

3.甲方对乙方进行日常考核，见习期满出具《山东省就业见习鉴定表》。

4.凡被见习单位正式录（聘）用的见习毕业生，单位应及 时与其签订劳动合同，缴纳社会保险。

5.甲方不得单方提前解除见习协议，本协议另有约定除外。

四、乙方义务

1.乙方应遵守国家的法律法规、甲方的见习规章及其他各

项规章制度。乙方如违反国家法规或企业规章，甲方可根据情 节轻重给予必要的批评教育，限期整改；情节严重的，甲方有 权终止见习协议。

2.因乙方个人原因造成甲方财产重大损失的，甲方按相关 规定处理。若因乙方原因需要提前解除见习协议，乙方须提前 3 日以书面形式通知甲方，做好交接后可解除见习协议。就业见 习终止证明须报当地人力资源社会保障部门备案。

五、劳动保护

1.甲方应为乙方购买人身意外伤害保险，甲方所办理保险 的保险期限应不低于本协议约定的见习期限，每月购买意外伤 害保险经费不能少于 15 元。

2.甲方为乙方提供符合国家规定的安全卫生的工作环境， 并根据岗位需要，按国家规定向其提供必需的劳动防护用品。

六、尚需协商一致的其他问题

七、本协议未尽事宜由双方及时协商解决。

八、双方对履行本协议产生争议的，可协商解决。协商不

成功的，可向当地基层调解组织申请调解，或依法向人民法院 起诉。

九、本协议经甲乙双方签字后生效。本协议一式叁份，双方各执一份，一份报当地人力资源社会保障部门备案。

甲方（公章） 乙方（签字）：

法定代表人（签字）：

年 月 日 年 月 日

—15—

附件 4

# **山东省见习基本生活补助经费花名册**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 区县 | 见习 基地 | 姓名 | 身份证 号码 | 毕业 年度 | 毕业院校 | 学历 | 年龄 | 籍贯 | 见习 起止 时间 | 月数 | 基本生活 补助发放 金额（元） | 购买意外 伤害保险 日期 | 见习 人员 签名 | 导师 姓名 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

填表单位：（盖章） 名册月份： 填表日期：

—15—

附件 5

# **山东省见习终止证明**

：

我单位见习人员（身份证号：）见习期限从 年 月

日至 年 月 日止。

由于（□个人原因终止见习 □见习期内提前签订劳动合同

□见习期满签订劳动合同 □见习期满离开本单位）已于 年 月 日 与我单位终止见习协议。

填报单位：（盖章）

日 期： 年 月 日

附件 6

# **山东省见习鉴定表**

见习单位： 见习岗位：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | | 照片 |
| 出生年月日 | |  | 籍贯 |  | |
| 身份证号 | |  | 政治面貌 |  | |
| 毕业院校 | |  | 专业 |  | |
| 学历**/**学位 | |  | 毕业时间 |  | |
| 见习时间 | |  | | | | |
| 见习期满 | 见习人员签名： | | | | | |
| 自我鉴定 |
| 年 月 | | | | 日 | |
| 见习人员 | 签名： | | | |  | |
| 指导老师 |
| 意见 |
| 年 月 | | | | 日 | |
| 见习单位 | 签章： | | | |  | |
| 考核鉴定 |
| 年 月 | | | | 日 | |

—17—