

障害者雇用優良事業所応募書

1 事業所名					2 代表者名					
3 所在地	(〒 -) (電話 - -)									
4 事業内容									担当者	
5 雇用状況 (県内事業所)	年 月 日	26. 6. 1			27. 6. 1			28. 6. 1		
	全従業員 {内障害者数(内重度)}	{ 人 (人) }			{ 人 (人) }			{ 人 (人) }		
	採用者数 {内障害者数(内重度)}	{ 人 (人) }			{ 人 (人) }			{ 人 (人) }		
	退職者数 {内障害者数(内重度)}	{ 人 (人) }			{ 人 (人) }			{ 人 (人) }		
	障害者雇用率	%			%			%		
6 企業全体の状況	従業員数	人 割合		人 割合		人 割合				
	障害者数	人 %		人 %		人 %				
7 勤続年数 (※重度、短時間等 であっても、一人 と計上して下さい。)	勤続3年以上の障害者	人			人			人		
	障害者の占める割合	%			%			%		
8 過去1年間の障害者の職場実習及び委託訓練の受入れ人数	人									
9 障害部位 内 訳 (提出時の実雇用者)	身体障害者					知的 障害者	精神 障害者	その他	合 計	
	視 覚	聴覚又は 平衡機能	音声言語又 はそしゃく	肢体 不自由	内部					
10 障害者雇用等の 配慮・取組を 記入して下さい										
11 労働災害	※平成26年4月～平成29年3月の間、障害者に関する労働災害の有無をご記入下さい(どちらかに○)									
	・無	・有		※・有の場合は件数をご記入下さい						件
12 労働関係法令違反	有 () 無									

※ 記入上の注意
5 欄及び6 欄については、「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則に基づく《障害者雇用状況報告書》に合わせてご記入下さい。

(提出された情報は、当該表彰に係わることに使用させていただき、それ以外の目的で使用することはありません。)

上記のとおり応募いたします。

平成29年 月 日

事業所名

代表者名

印