

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			担当者職・氏名						
5 雇用状況 (県内事業所)	基準日	平成28年6月1日	平成29年6月1日	平成30年6月1日					
	全従業員 {うち障害者数(うち重度)}	{ 人 (人) }	{ 人 (人) }	{ 人 (人) }					
	採用者数 {うち障害者数(うち重度)}	{ 人 (人) }	{ 人 (人) }	{ 人 (人) }					
	退職者数 {うち障害者数(うち重度)}	{ 人 (人) }	{ 人 (人) }	{ 人 (人) }					
	障害者雇用率	%	%	%					
6 企業全体の状況	①従業員数	人	割合 (②/①×100)	人	割合 (②/①×100)	人	割合 (②/①×100)		
	②障害者数	人	%	人	%	人	%		
7 勤続年数 (*重度、短時間であつても一人と計上して下さい。)	③勤続3年以上の障害者	人	人	人					
	障害者の占める割合(③/②)	%	%	%					
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 障害部位別内訳 (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				
	人	人	人	人	人	人	人	人	
10 障害者雇用等の配慮・取組み等を記入して下さい									
11 労働災害 ※平成28年4月～平成31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。									
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 無 ・ 有 ()									

※ 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、当該表彰に関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。

年 月 日

事業所名

代表者名

