

令和4年度 中津川市障害者雇用促進協議会表彰事業

～ 障がい者雇用優良事業所募集のご案内 ～

中津川市障害者雇用促進協議会表彰事業とは

中津川市では、社会的、経済的に自立を目指している障がい者の就労を支援するために、『中津川市障害者雇用促進協議会』を設立しました。協議会では、新たに障がい者の雇用を検討している事業所や現在雇用している事業所の課題解決や障がい者に対する理解の促進に繋がる取り組みを行っています。その一環として障がい者雇用に積極的な事業所を表彰し、その活動を広く紹介することで、障がい者の雇用の場が一層広まることを目的に『中津川市障害者雇用促進協議会表彰事業』を実施致します。そこで、

障がい者の雇用に対し積極的に取り組んでおられる事業所、もしくはそのような事業所をご存知でしたら、ご応募・ご推薦をお願い致します。

＜応募（推薦）要領＞

■ 表彰の対象

中津川市に活動拠点を置き、障がい者を1人以上雇用している事業所を対象とします。次にあげる取り組み状況等を総合的に評価し、企業を選考するものとする。この場合において、労務管理の適否、労働災害の有無、労働関係法令違反の有無等、優良事業所にふさわしい要件についても考慮するものとする。

- (1) 新規雇用・継続雇用のため、障がいの種類や程度に応じた職務配置・職場改善・職域開発についての取り組み状況
- (2) 障がい者の職場実習及び職場見学の受入れ状況
- (3) 福祉施設への仕事の発注状況
- (4) 障がい者の雇用率
- (5) その他障がい者雇用に対する注目すべき取り組み活動

■ 表彰事業所数

表彰する事業所の数は、毎年3事業所以内とします。

■ 応募・推薦方法

- (1) 応募の方法は、所定の応募用紙に必要事項を記入のうえ、郵送・FAX・メールのいずれかにより提出するものとする。
- (2) 自薦・他薦は問いません。

■ 選考方法

中津川市障害者雇用促進協議会委員による審査を経て決定します。

■ 表彰

表彰は、令和4年10月に実施予定。

■ 応募・推薦期間

令和4年8月●●日（●）まで

※ 応募（推薦）方法の詳細及び応募（推薦）書用紙につきましては、中津川市ホームページでもダウンロードできます。

今までの表彰事業所

■平成20年度	2事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・株式会社 中島工務店 ・株式会社 メック
■平成21年度	2事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・有限会社 原養鶏 ・ワイ・ケイ・ピー工業株式会社
■平成22年度	0事業所	(表彰辞退により表彰事業所なし)
■平成23年度	2事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・メルコファンプロダクツ株式会社 ・東美濃農業協同組合
■平成24年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人萱垣会 特別養護老人ホーム 延暦寺広済寮
■平成25年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・富士通テン株式会社 中津川工場 (現 株式会社デンソーテン中津川製作所)
■平成26年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・美濃工業株式会社
■平成27年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・株式会社 青山製作所製造本部 恵那工場
■平成28年度	2事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人萱垣会 ゆうらく苑サービスセンター ・社会福祉法人 ひがし福祉会
■平成29年度	0事業所	(該当の表彰事業所なし)
■平成30年度	2事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・株式会社 サン太陽ホーム中津川 ・有限会社 テレコム
■令和元年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・株式会社 協信
■令和2年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉法人恵北福祉会 特別養護老人ホーム恵翔苑
■令和3年度	1事業所	<ul style="list-style-type: none"> ・有限会社 ナチュラルケア中津川

中津川市障がい者雇用優良事業所応募（推薦）書

ふりがな				自薦、他薦の別
事業所名				自薦 ・ 他薦
代表者氏名				
事業所所在地				
主な事業内容				
社員数	名（ 名）			
うち障がいのある社員数	名 （ 名）	うち重度の方 （うち重度の方 名）	名 （ 名）	障害者雇用率 %
上記の社員数のうち、障がい種別ごとの人数	身体 名 （ 名）	知的 名 （ 名）	精神 名 （ 名）	
過去 1 年間における労働関係法規違反の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			
ご記入者氏名		部署名		
電 話		F A X		
Eメール				

※（ ）内は、企業全体の数字をご記入ください。また、常用労働者 43.5 人以上の企業については、障害者雇用率もご記入ください。

※他薦の場合は、わかる範囲でご記入ください。

【他薦の場合のこちらもご記入願います】

推薦者氏名	
推薦者の所属機関等名称	
推薦事業所との関係	
電 話	
F A X	
Eメール	
連絡先住所	

