**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　 　うち重度の方　　　名  （　　　　名） （うち重度の方　　　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 | □　有り　　　　　　□　無し | | | | | | | |
| ご記入者氏名 |  | | 部 署 名 | |  | | | |
| 電　　　　話 |  | | ＦＡＸ | |  | | | |
| 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40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 |  | | | | | | | |
| ＦＡＸ |  | | | | | | | |
| Ｅメール |  | | | | | | | |
| 連絡先住所 |  | | | | | | | |

自薦の場合は、障がい者の雇用について、次にあげる取り組み状況等について具体的な内容をご記入してください。また、写真・パンフレット等活動内容の参考となるような資料がありましたら添付してください。他薦の場合は、わかる範囲でご記入ください。（様式は特に問いませんので、別様式でも結構です。）

　＜主な取り組み状況等＞

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・職場改善についての取り組み状況
2. 障がいのある人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. その他障がい者雇用に対する注目すべき取り組み状況

|  |
| --- |
| 【具体的な取り組み状況等】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※　必要に応じて、取り組み状況の把握のため、照会をさせて頂く場合があります。

　　また、優れた取り組み状況については、広報等で紹介させて頂きます。