

山形県障がい者雇用優良事業主認定申請書

年 月 日

山形県知事 殿

申請者 所在地  
名 称  
代表者氏名

山形県障がい者雇用優良事業主認定事業実施要綱第3条の規定による認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

なお、この申請書及び添付書類の記載内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1	県内事業所の障がい者 実雇用率		%
2	県内事業所で雇用する 障がい者数		人
3	労働関係法令	<input type="checkbox"/> 遵守している	<input type="checkbox"/> 遵守していない
4	公序良俗に反する事業	<input type="checkbox"/> 行っていない	<input type="checkbox"/> 行っている
5	障がい者雇用のきっか け、目的など		
6	障がい者雇用を推進す るための具体的な取組 み (例) ・ジョブコーチ制度の利用 ・施設・機械等の改善等配慮 ・相談担当者の配置 ・勤務時間等の配慮 ・通勤の配慮 ・専門機関との連携 など		

【担当者】

氏名		電話番号	
FAX番号		Eメール	

<添付書類>

- 1 様式第1号 別紙（障がい者雇用状況）
- 2 事業主の概要を示す資料（会社概要など）
- 3 障害者雇用状況報告書（厚生労働省告示様式第6号）（直近のもの）の写し（従業員43.5人以上の事業所のみ）
- 4 障害者手帳の写しなど（従業員43.5人未満の事業所のみ）