

令和5年度障害者雇用優良事業所等表彰  
 機構理事長努力賞（優秀勤労障害者）応募用紙

年 月 日

ふりがな				
氏 名			生年月日	西暦 年 月 日 ( 歳) 令和5年6月1日現在
勤務先	ふりがな		所属部課名	
	名 称		職 種	
	ふりがな		入社年月	西暦 年 月
	所在地	〒	勤続年数	年 月
	担当者	(所属部署・役職・氏名)		
	TEL		E-Mail	
障害名・障害の程度 ※該当する障害名を○で囲み、障害程度を記入してください ※障害程度は、障害者手帳等に付記されている程度（等級など）を記入もしくは選択してください				
障害名	身体障害		知的障害	精神障害
	視覚障害			
	聴覚障害			
	音声・言語			
	肢体不自由 内部障害			
程度	第 種 級	A ・ B	級	
推薦理由				
障害特性と必要な配慮				
就職してからの従事業務				
業務遂行のための障害克服方法		障害を克服している状況を具体的に記入してください。		
入社当時と現在との変化 または、継続していること				
勤務態度や業績		模範的な職業人として業績をあげている状況を具体的に記入してください。		
職場での存在(職場の同僚や上司 または部下との関係性)		同僚から敬愛されている状況を具体的に記入してください。		
表彰歴		表彰歴がない場合は「なし」と記入してください。		

※書ききれない場合は別紙に記入してください。