

令和7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				生年月日	西暦 年 月 日		
氏 名					(歳) 令和7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						
	所在地	〒 —					
	担当者	(所属部署・役職・氏名)			入社年月	西暦 年 月	
					勤続年数	年 ヶ月 令和7年6月1日現在	
T E L			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							
身体障害			知的障害		精神障害		
視覚障害			A ・ B		級		
聴覚障害							
音声・言語							
肢体不自由							
内部障害							
第 ____ 種 ____ 級			重度知的障害者判定による重度判定 判定される ・ 判定されない				
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。					
同 種 の 表 彰 歴		ない場合は「なし」と記入してください。					

※提出された情報は、当該表彰に係る連絡業務等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。
※表彰された場合、新聞発表等で個人名及び勤務先事業所名を公表することといたしますので、あらかじめご了承ください。
※後日、ご担当者様あてに、確認のためご連絡させていただきます。