【様式１】

令和６年度　障害者雇用優良事業所　応募用紙

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  事業所名 |  | | | （ふりがな）  代表者名 | |  | | |
| （ふりがな）  所在地 | 〒 | | | | | | | |
| 事業内容 |  | | | | | | | |
| 担当者  （所属部署） |  | | ＴＥＬ | |  | | | |
| ＦＡＸ | |  | | | |
| 障害者雇用率 | R4.6.1現在  ％ | R5.6.1現在  　　　　　　　％ | 採用した障害者数 | | | | R4.6.1～  Ｒ5.5.31  　　　人 | R5.6.1～  Ｒ6.5.31  　　　人 |
| 任意で退職した障害者数 | R4.6.1～  Ｒ5.5.31  　　　人 | R5.6.1～  Ｒ6.5.31  　　　人 | 解雇した障害者数 | | | | R4.6.1～  Ｒ5.5.31  　　　人 | R5.6.1～  Ｒ6.5.31  　　　人 |

[応募理由]

|  |
| --- |
| 1.障害の種類及び程度に応じた職場配置等の雇用管理状況 |
| 2.障害者に配慮した職場改善等の実施状況 |

※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、新聞発表等で団体名を公表することと致しますので、あらかじめご了承願います。

※令和6年６月１日現在の障害者雇用率については、別途確認します。

　　　　２０２４年　　　月　　　日

事業所名

代表者役職名・氏名