【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