様式第１号（第４条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　月　日

茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　茨城県障害者雇用優良企業認定申請書

　認定を受けたいので、下記のとおり申請します。

１　企業の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 | 　 |
| 事業概要 | 　 |
| 資本の額又は出資の総額 | 　 |
| 電話番号 |  |
| ホームページアドレス | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 担当者名 |  |

２　障害者雇用に関する取組状況

（１）障害者雇用の状況（令和　　年　　月　　日現在）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常用雇用労働者数 |  | 　　　　　　　人 |
| 雇用障害者数 |  | 　　　　　　　人 |
| 障害者雇用率 |  | 　　　　　　　％ |

（２）障害者雇用に関する取組内容

　裏面に記載

|  |
| --- |
| 【具体的な取組内容】※別表の該当する各中項目ごとに簡潔に記載してください。 |
| 項番 | 取組内容 |
| **（記入例）****１****６****９****１０** | **会社の最寄りの駅までバスで送迎をしている。****障害者１０名のうち６名を３年以上継続雇用している。****毎年１回社員全員の健康診断を実施している。****×年△月に2週間、〇〇特別支援学校の生徒の職場実習を受け入れた。** |
|  |  |