

会津若松市障がい者雇用優良事業所顕彰事業応募調書

事業所名 代表者名	
所在地	住 所： 電話番号： FAX 番号：
担当者名	所 属： 担当者名： 電話番号： FAX 番号：
事業所の概要	
従業員数 (うち障がい者数)	名 () 名
雇用障がい者 数について	身体障がい者 () 名 知的障がい者 () 名 精神障がい者 () 名 発達障がい者 () 名 ※別紙の障がい者雇用名簿を添付してください。
障がい者雇用率	%
障がい者 雇用開始年	年
障がい者雇用に 対する事業所理念 及び取組内容	

以上のことから、会津若松市障がい者雇用優良事業所顕彰事業実施要綱第3条に該当すると思われるので、応募します。

年 月 日

応募者名 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

会津若松市障がい者雇用優良事業所顕彰事業推薦調書

事業所名 代表者名	
所在地	住 所： 電話番号： FAX 番号：
担当者名	所 属： 担当者名： 電話番号： FAX 番号：
事業所の概要	
従業員数 (うち障がい者数)	名 () 名
雇用障がい者 数について	身体障がい者 () 名 知的障がい者 () 名 精神障がい者 () 名 発達障がい者 () 名
障がい者雇用率	%
障がい者 雇用開始年	年
障がい者雇用に 対する事業所理念 及び取組内容 <u>※分かる範囲で記入 してください。</u>	
他薦内諾の有無	有 ・ 無

以上のことから、会津若松市障がい者雇用優良事業所顕彰事業実施要綱第3条に該当すると思われるので、推薦します。

年 月 日

推薦者名 _____

所 属 _____

電話番号 _____

F A X 番号 _____

