様式１

障害者雇用優良事業所応募書

１ 事業所名（ふりがな）		２ 代表者名（ふりがな）	
３ 所 在 地	（〒　　－　　）　（電話　　－　　－　　）		
４ 事業内容		担当者	

５雇用状況（県内事業所）				
年　月　日	27. 6. 1	28. 6. 1	29. 6. 1
全従業員 {内障害者数（内重度）}	人 {　人（　人）}	人 {　人（　人）}	人 {　人（　人）}
採用者数 {内障害者数（内重度）}	人 {　人（　人）}	人 {　人（　人）}	人 {　人（　人）}
退職者数 {内障害者数（内重度）}	人 {　人（　人）}	人 {　人（　人）}	人 {　人（　人）}
障害者雇用率	%	%	%

６ 企業全体の状況							
従業員数	人	割合	人	割合	人	割合
障害者数	人	%	人	%	人	%

７ 勤続年数（※重度、短時間等であっても、一人と計上して下さい。）				
勤続３年以上の障害者	人	人	人
障害者の占める割合	%	%	%

８ 過去１年間の障害者の職場実習及び委託訓練の受入れ人数　　人

９ 障害部位内訳（提出時の実雇用者）	身体障害者					知的障害者	精神障害者	その他	合　計
	視　覚	聴覚又は平衡機能	音声言語又はそしゃく	肢体不自由	内部				

10 障害者雇用等の配慮・取組を記入して下さい	

11 労働災害	※平成27年４月～平成30年３月の間、障害者に関する労働災害の有無をご記入下さい（どちらかに○）		
	無	有	※・有の場合は件数をご記入下さい　件
12 労働関係法令違反	無　・　有（　　）		

※ 記入上の注意
５欄及び６欄については、「障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則に基づく《障害者雇用状況報告書》に合わせてご記入下さい。

（提出された情報は、当該表彰に関わること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。）

上記のとおり応募いたします。

平成３０年　　月　　日

事業所名

代表者名　　㊞