

やまぐち障害者雇用推進企業認定申請書

平成 年 月 日

山 口 県 知 事 様

申請者 所 在 地 〒

主たる事務所 〒  
の 所 在 地

名 称

代表者の氏名 ⑩  
(TEL )  
(FAX )

下記のとおり、やまぐち障害者雇用推進企業の認定を受けたいので、やまぐち障害者雇用推進企業認定制度実施要綱第4条の規定により申請します。

記

障害者雇用状況等 (6/1)	業 種		
	常用雇用労働者数	人	※事業所の属する企業等全体での数 (事業所による申請の場合のみ記載) 人
	雇用障害者数	人	※事業所の属する企業等全体での数 (事業所による申請の場合のみ記載) 人
	障害者雇用率	. %	※事業所の属する企業等での率 (事業所による申請の場合のみ記載) . %
その他	過去1年間における重大な労働関係法令違反等の有無	<input type="checkbox"/> 無し	
	ホームページURL	http://	

<担当者・連絡先>

所 属 \_\_\_\_\_ 職・氏名 \_\_\_\_\_  
TEL \_\_\_\_\_ メールアドレス \_\_\_\_\_

注 「ホームページURL」欄は、県ホームページからのリンクを希望する場合は、必ず記入してください。  
備考 用紙の大きさは、日本工業規格A列4とする。

障 害 者 雇 用 推 進 の 取 組 状 況 等	<p>障害者雇用の経緯、考え方についてできる限りご記入ください。</p>	
	<p>実施している雇用推進の取組を記入してください。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 試行雇用（トライアル雇用）  奨励金の活用</li> <li>・ 精神障害者等ステップアップ雇用奨励金の活用</li> <li>・ 障害者雇用ファースト・ステップ奨励金の活用</li> <li>・ 特定求職者雇用開発助成金の活用</li> <li>・ 障害者の態様に応じた多様な委託訓練の活用</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
	<p>実施している雇用継続に向けた有効な取組を記入してください。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者雇用納付金制度に基づく助成金の活用</li> <li>・ ジョブコーチ制度の利用</li> <li>・ 施設・機械等の改善等配慮</li> <li>・ 相談担当者の配置</li> <li>・ 勤務時間等の配慮</li> <li>・ 通勤の配慮</li> <li>・ 専門機関との連携</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	
	<p>障害者の就業や生活を支援する独自の取組を記入してください。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 障害者が働く企業・施設への発注</li> <li>・ 職場見学、職場実習の受入</li> </ul> <p style="text-align: right;">など</p>	