

静岡県障害者就労応援団登録申込書

静岡県知事様

事業所名

代表者職・氏名

印

静岡県障害者就労応援団登録制度要綱第5条の規定により、下記のとおり申込みます。

企業概要	所在地等	〒					
	事業内容						
	連絡担当者名	職	氏名				
	連絡先	電話	FAX				
	メールアドレス						
	ホームページアドレス						
登録基準に係る事項	総従業員数						
	常用雇用障害者数	身体障害のある人	名	(うち重度)	名		
		知的障害のある人	名	(うち重度)	名		
		精神障害のある人	名				
	発達障害のある人	名	その他	名			
	合計	名					
	障害者雇用率 (45.5人以上企業)	年	%	年	%	年	%
		※労働局に報告している雇用率を記載してください。					
	障害者雇用数 (45.5人未満企業)	年	人	年	人	年	人
応援内容	※応援が可能な内容全てにレ点をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 職場見学を希望する事業所の受入れ <input type="checkbox"/> 障害者雇用を検討している事業所に対する助言 <input type="checkbox"/> 職場実習を希望する障害者就労支援機関の障害のある人の受入れ <input type="checkbox"/> 障害者福祉サービス事業所等に対する授産製品の販売促進、品質等に関する助言 <input type="checkbox"/> 授産製品の事業所内等での展示・頒布会の開催 <input type="checkbox"/> 県が実施する障害者雇用促進セミナーに対する講師派遣 <input type="checkbox"/> 県が実施する障害者雇用企業見学会での職場見学受入れ					

※総従業員数、常用雇用障害者数は、貴事業所で現在雇用している人数をご記入ください。