様式第１号

障害者雇用企業登録申請書

　　年　　月　　日

静岡県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　下記のとおり障害者雇用企業の登録を受けたいので、申請します。

　なお、この申請書の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |
| --- | --- |
| １　入札参加資格登録済業種(番号)　※複数記載可能　該当する業種にレ点及び番号等をご記入ください。 | 　[ ] 庁舎等管理業務　(名簿番号　　　　　　　　　)　[ ] 情報システム開発等　[ ] 森林整備工事　(認定番号　 　　　　　　 　)　[ ] 建設工事　(許可番号　知事・大臣　　　　　　 　)[ ] 建設関連業務委託　[ ] 物品購入等　(登録番号 　　　　　　　 　) |
| ２　県内の事業所数 | 事業所　 |
| ３　県内事業所の雇用状況（６月１日現在：様式第１号の２「障害者雇用状況内訳書」の合計） |
|  | ①常用雇用労働者の数 | (様式第１号の２①) | 人 |
| ②常用雇用労働者のうち障　害のある人の数 | (様式第１号の２②) | 人 |
| ③優遇を受けるために必要な障害のある人の数 | ①×2.3%小数点以下は切り上げ | 人 |
| ④判定 | ②－③マイナスとなる場合は、登録要件を満たしていないため、申請できません。 | 人 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者 | 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 電　話 |  |

※本申請書（別紙「障害者雇用状況内訳書」を含む）に記載された個人情報は、登録審査・審査結果の通知及び審査のための事務連絡に使用します。