

障がい者雇用促進企業登録申請書

年 月 日

大分県知事

殿

所在地
商号又は名称
代表者氏名

印

障がい者雇用促進企業の登録を受けたいので、障がい者雇用促進企業等からの物品の購入に係る取扱い要綱第3条の規定により申請します。

なお、この申請書の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

資格取得番号	No.	登録業種番号	No.	取扱品目		
障 が い 者 の 雇 用 状 況	障がい者雇用率算定用の常時雇用する労働者の数 (② - (② × ③ ÷ 100))				①	人
	常時雇用する労働者の総数				②	人
	除外率 (%)				③	%
	雇用する障がい者の総数 (⑤ + ⑧)				④	人
	常時雇用 (⑥ × 2 + ⑦)				⑤	人
	重度障がい者				⑥	人
	重度以外の障がい者				⑦	人
	短時間雇用 (⑨ + ⑩ × 0.5)				⑧	人
	重度障がい者				⑨	人
	重度以外の障がい者				⑩	人
	障がい者雇用率 (%) (④ ÷ ① × 100)				⑪	%

- 注) 1 ①の計算結果は、小数点以下は切り捨ててください。
 2 ③除外率については、(別紙2)障がい者雇用促進企業登録申請書作成に係る注意事項の別表3「除外率一覧表」を参照してください。
 3 ⑧の計算結果は、小数点以下はそのまま記入してください。
 4 ⑪の計算結果は、小数点以下第3位を四捨五入した数値を記入してください。
 5 精神障がい者は、常用雇用の場合は⑦、短時間雇用の場合は⑩に計上してください。
 6 雇用している障がい者の身体障害者手帳等の写しを添付してください。
 7 従業員を43.5人以上雇用している事業者については、事業所が所在する公共職業安定所長あてに提出する「雇用状況報告書」の写しを添付してください。

記入担当者	
連絡先	TEL ----- FAX