様式第1号（第4条関係）

**北見市障がい者雇用優良企業等推薦書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 自薦、他薦の別 | |
| 事業所名 |  | | | 自薦　・　他薦 | |
| 代表者氏名 |  | | | | |
| 事業所所在地 |  | | | | |
| 主な事業内容 |  | | | | |
| 該当年度 | 年度 | 年度 | 年度 | | 年度 |
| 社員数 | 名（　　　名） | 名（　　　名） | 名（　　　名） | | 名（　　　名） |
| うち障がいのある  社員数 | 名（　　　名） | 名（　　　名） | 名（　　　名） | | 名（　　　名） |
| 上記の社員数のうち、障がい種別毎の人数 | 身体 　　　　名  知的　　　　 名  精神　　　　 名 | 身体 　　　　名  知的　　　　 名  精神　　　　 名 | 身体 　　　　名  知的　　　　 名  精神　　　　 名 | | 身体 　　　　名  知的　　　　 名  精神　　　　 名 |
| 障害者雇用率 | ％（　　　％） | ％（　　　％） | ％（　　　％） | | ％（　　　％） |
| 過去３年度における労働関係法規違反の有無 | □　有り　　　　　　□　無し | | | | |

※事業所等の場合は、（　　）内に企業全体の数字をご記入ください。また、法定雇用義務のある企業については、障害者雇用率もご記入ください。

※他薦の場合は、わかる範囲でご記入ください。

推薦元情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属機関 |  | | |
| 推薦先との  関係 |  | | |
| 連絡先住所 |  | | |
| 電　　話 |  | ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  | | |

* 自薦の場合は、障がいのある人の雇用について、次にあげる取り組み状況等について具体的な内容をご記入してください。また、写真・パンフレット等活動内容の参考となるような資料がありましたら添付してください。他薦の場合は、わかる範囲でご記入ください。（様式は特に問いませんので、別様式でも結構です。）

　＜主な取り組み状況等＞

1. 新規雇用・継続雇用のため、障がいの種類や程度に応じた職務配置・職場改善についての取り組み状況
2. 障がいのある人の職場実習及び職場見学の受入れ状況
3. 福祉施設への仕事の発注状況
4. その他障がい者雇用に対する注目すべき取り組み状況

|  |
| --- |
| 【具体的な取り組み状況等】 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

※　必要に応じて、取り組み状況の把握のため、照会をさせて頂く場合があります。

　　また、優れた取り組み状況については、広報等で紹介させて頂きます。