

障がい者雇用推進企業等登録申請書

令和 年 月 日

福島県知事 様

申請者 登録番号

			-			
--	--	--	---	--	--	--

所在地 〒

名称

代表者名

印

担当者

電話番号

FAX 番号

下記のとおり障がい者雇用推進企業等の登録を受けたいので、物品等の調達に係る障がい者雇用推進企業等登録要綱第3条の規定により申請します。

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1 業 種	
2 資本金の額又は出資の総額	円
3 常用雇用従業員数	人
4 県内の事業所数	事業所
5 県内事業所の雇用状況（様式第2号障がい者雇用状況計算書の集計）	
① 常用雇用従業員数	人（様式第2号の④）
② 障がい者雇用数	人（様式第2号の⑦）
③ 障がい者雇用率	$\frac{②}{①} \times 100$ %