第２号様式

会津若松市障がい者雇用等優良事業所顕彰事業推薦調書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  |
| 代表者職氏名 | |  |
| 所在地 | |  |
| 担当者 | 担当者氏名 |  |
| 担当者所属 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 電子ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 事業所概要 | |  |
| 障がい者雇用や  就労支援に係る  事業所の理念  及び取組内容  ※分かる範囲で記入 | |  |
| 従業員数 | | 従業員　　　　　名（うち障がい者　　名） |
| 他薦承諾の有無 | |  |
| ※以下については、障がい者を雇用している場合に記入 | | |
| 雇用障がい者数 | | 身体障がい者　　名  知的障がい者　　名  精神障がい者　　名  発達障がい者　　名 |
| 障がい者雇用率 | | ％ |
| 障がい者雇用開始年 | | 年 |

以上のことから、会津若松市障がい者雇用等優良事業所顕彰事業実施要綱第３条に該当すると思われるので、推薦します。

令和　　年　　月　　日

推薦者名

所　　属

電話番号