

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	
	電子メールアドレス	
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