（別紙様式）

障がい者の雇用促進等に貢献が認められる取組に関する推薦書

年　　月　　日

　三重県知事　　あて

　　　　　　　　　　　　　　　　推薦団体等（自薦の場合は推薦する事業所に同じ）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先電話番号

（担当者　　　　　　）

以下のとおり推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 区　分 | 推薦該当区分に○を付けてください。  　①　障がい者を採用し、職場定着に長期的に配慮している事業所  　②　障がい者を雇用し、かつ障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等から物品  　　　または役務を積極的に調達している事業所  　③　法定雇用率の適用対象とならない事業所で、３人以上障がい者を雇用している事業所 |
| 推薦する事業所 | 所在地　　：  事業所名　：  代表者氏名：  業種　　　：  連絡先　　：  担当者氏名： |
| 属する企業 | 所在地　：  企業名　：  ※推薦する事業所に同じ場合は記載不要。 |

|  |  |
| --- | --- |
| 障がい者等の雇用状況　　※区分①~③共通 | **審査年度の６月１日現在**  推薦する事業所　　　　　　　　　　　　　（属する企業全体）  従業員数（30H以上／週）　　　　　 人　（従業員数（30H以上／週）　　　　人）  　同　　（20～30H／週）　　　　　　人　（　同　　（20～30H／週）　　　　人）  　雇用障がい者（30H以上／週）　　　人　（　雇用障がい者（30H以上／週）　　人）  　　　同　　　（20～30H／週）　　　人　（　　　同　　　（20～30H／週）　　人）  障害者雇用率（審査年度６月１日現在）　　　％  ---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------  　＊精神障がい者であって、雇入れから３年以内の方または精神障害者保健福祉手帳取  　　得から３年以内の方の場合、勤務が20H以上／週であれば30H以上／週に人数カ  ウント。  　＊属する企業全体欄等に該当がない場合は、記載欄を「／」で必ず消してください。 |
| 【職場定着に長期的に配慮している事業所】※区分①の場合のみ記載（全項目記載必須）  ○１０年以上継続雇用する障がい者（＊１名分で可 及び 障害者手帳の写しを添付）  　　障がい者氏名：  　　採用年月日　：  　　就労の継続のために継続して行う配慮や取組事項： | |
| 【障がい者を雇用し、かつ障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等から物品  または役務を積極的に調達している事業所】　　　　　※区分②の場合のみ記載  ○発注内容  　発注先（障害者就労施設等及び障がい者雇用促進　　　　　金額（前年度中の発注額）  　　　　　　　　　　　　　　　　　企業等の名称）  　・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　￥　　，　　　，　　　－  　・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　￥　　，　　　，　　　－  　・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　￥　　，　　　，　　　－  　・　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　￥　　，　　　，　　　－  　合計　　　　　　　　　ヶ所　　　　　　　　　　　　￥　　　，　　　，　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　↑３百万円以上であること | |

添付書類

　・「誓約書」（別紙）

別紙

誓　約　書

年　　月　　日

　三重県知事　あて

次のとおり誓約します。

１．推薦書及び添付書類の内容については事実と相違ありません。

２．法令に違反する事実はありません。

以上

（推薦する事業所）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名　：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名：