様式第４号（第７条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　年　　月　　日

茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　茨城県障害者雇用優良企業認定更新申請書

認定を更新したいので、下記のとおり申請します。

　　記

１　企業の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 業種 | 　 |
| 事業概要 | 　 |
| 電話番号 | 　 |
| ホームページアドレス | 　 |
| メールアドレス | 　 |
| 担当者名 |  |

２　障害者雇用に関する取組状況

（１）障害者雇用の状況（令和　　年　月　日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 常用雇用労働者数 | 　　　　　　　人 |
| 雇用障害者数 | 　　　　　　　人 |
| 障害者雇用率 | 　　　　　　　％ |

（２）添付書類

・公共職業安定所に提出した直近の障害者雇用状況報告書（厚生労働省告示様式第６号）の写し。ただし、常用雇用労働者数が40.0人未満である企業にあっては、雇用する障害者の障害者手帳の写し

・誓約書（様式第２号）

・その他、知事が必要とする書類