

障害者雇用状況調べ

平成 年 月 日

田辺市長あて

主たる営業所の所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者役職氏名 _____ 印

下記事項について、相違ありません。

記

雇用している障害者の人数 _____ 人

| 所有している手帳 | 身体障害者手帳 | | | 療育手帳 | | 精神障害者保健手帳 | | |
|--------------------|---------|----|----|-----------|----|-----------|----|----|
| 手帳に記載している障害の等級又は程度 | 1級 | 2級 | 3級 | A1 | A2 | 1級 | 2級 | 3級 |
| | 4級 | 5級 | 6級 | B1 | B2 | | | |
| 社会保険加入の有無 | 有 | | | 無 | | | | |
| 雇用保険加入の有無 | 有 | | | 無 | | | | |
| 役職等 | <個人の場合> | | | | | | | |
| | 事業主 | | | 従業員 | | | | |
| | <法人の場合> | | | | | | | |
| | 役員(代表者) | | | 役員(代表者以外) | | 従業員 | | |
| 主たる従事場所 | 主に現場 | | | 主に事務所内 | | | | |

*該当するものに印を付けてください。

*上記の表は、一人一人の状況を記載してください。障害者の方を2名以上雇用されている場合は、別紙に記載してください。

*この書類は、市内建設業者の入札参加資格審査の基礎資料として利用する以外、他の目的には利用いたしません。

