

障害者雇用状況調べ

令和 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 4級 5級 6級	A1 A2 B1 B2	1級 2級 3級
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。

別紙

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				
主たる従事場所	<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				

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				
主たる従事場所	<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				