

「笑顔いっぱい！フレンドリーオフィス」更新申請書

年 月 日

千葉県知事

様

申請者 所在地
 名 称
 代表者

千葉県障害者雇用優良事業所認定事業(「笑顔いっぱい！フレンドリーオフィス事業」)
 実施要綱第6条第1項の規定により、下記のとおり更新を申請します。

記

事業所概要	名 称			代 表 者		
	所 在 地					
	連 絡 先			担 当 者		
従業員数			事 業 所		法 人 全 体	
	総 従 業 員 数 (カ ウ ン ト 数)		名 (名)		名 (名)	
	常 用 雇 用 障 害 者 数 (カ ウ ン ト 数)		名 (名) 上記の内重度障害者数 名		名 (名) 上記の内重度障害者数 名	
	法定雇用率の達成状況 (い ず れ か に ○)		達 成 ・ 未 達 成			
数	常 障 害 者 雇 用 内 訳	身 体 障 害 者 数	名		知 的 障 害 者 数	名
		精 神 障 害 者 数	名		そ の 他 の 障 害 者 数	名
(認 定 基 準)	雇用継続に向けた有効な取組			あ る ・ な い		
	障害のある人の働く意欲			維 持 でき ている ・ 維 持 でき いて ない		
	障害のある人の就業や生活を支援している 独自の取組			あ る ・ な い		
	法令に違反している事実			あ る ・ な い		

- ※ 常用雇用障害者数は、雇用している実際の人数を御記入ください。
- ※ 常用雇用障害者内訳は、差し支えなければ御記入ください。(法定雇用率には算定されていませんが、発達障害のある方等を雇用している場合はその他に人数を御記入ください。)
- ※ 従業員状況について、法人の1事業所の場合、法人全体の数も御記入ください。