

(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

⑩

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する事業所 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する事業所
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	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)
※区分①③共通	<p>*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。</p> <p>*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。</p>			
【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する事業所】 ※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企業等の名称)		金額 (前年度中の発注額)		
・ _____		¥ _____		
・ _____		¥ _____		
・ _____		¥ _____		
・ _____		¥ _____		
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 :

㊞