

障がい者雇用促進企業登録確認書

年 月 日

三重県知事 へ

所在地 〒

商号又は名称

代表者職氏名

担当者名

電話番号

FAX番号

三重県電子調達システム（物件等）事業者登録番号

下記のとおり障がい者雇用促進企業の確認を受けたいので、障害者就労施設等及び障がい者雇用促進企業等からの物品等調達優遇制度実施要綱の規定により、障がい者雇用促進企業の確認書を提出します。

また、この確認書及び関係書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

なお、以下の事項について承諾いたします。

- 1 この確認書の内容に疑義が生じた場合には、県からの検査を受け入れること。

1 業種	1 卸売業 2 サービス業 3 小売業 4 その他（ ）
2 県内の事業所数	事業所
3 県内事業所の雇用状況（6月1日現在の状況）	
①常用雇用労働者の数	人
②除外率	%
③法定雇用障がい者の算定の基礎となる労働者数	①－①×②（端数切捨） 人
④雇用すべき障がい者数	③× %（端数切捨） 人
⑤障がい者雇用数	人