

住所氏名 印

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第3条第4項の規定により届出します。

また、この届出書の内容については、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. 届出の内容が県のホームページ等により公表されること。
2. この届出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 在宅就業を始めた年月日	
2 在宅就業を行う場所	※該当する番号に○をつけ、（ ）内にその施設の名称を記入してください。 1 自宅 2 就労移行支援事業所（ ） 3 その他（ ） ※上記の住所（所在地）を記入してください。
3 受注可能な物品及び役務の内容	

備考 1 この届出書には、身体障害者手帳、療育手帳、精神障害者保健福祉手帳等の写しを添付してください。

2 本制度における在宅就業障害者には、企業等に雇用され在宅で勤務する障害者を含みません。