様式１

**いしかわ障害者雇用推進カンパニー認定申請書**

 　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　　石川県知事　　　　　　　殿

　　　いしかわ障害者雇用推進カンパニーの認定を受けたいのでいしかわ障害者雇

　　用推進カンパニー認定要領第３により申請します。

　　　なお、この申請書の記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  〒 |  |
|  |  |  |
|  | 名 　　 称 |  |  |
|  |  |
|  | 代　表　者職・氏　名 |  |  |
|  |  |
|  |  |  | ＦＡＸ番号 |  |  |
|  県ホームページ 事 業 所 紹 介諾 ・ 否 | 諾　　　・　　　否 |
| 申　 請 　者ホームページアドレス(URL) |  |
| 認 定 区 分（１又は２に○を付けてください。） | １　障害者雇用推進企業　　（別紙１を添付してください。）　 |
|  ２　障害者就労支援事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 実施事業 |  |
| ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞｱﾄﾞﾚｽ(URL) |  |

　※注1　複数の事業所を申請する場合は、別紙２に記載し添付してください。　　注2　「実施事業」は、認定要領第４の認定基準に該当する事業又は施設の種類を 記載してください。　　注3　県ホームページからのリンクを希望する場合は、事業所のホームページアド レスを記載してください。 |
| 担　当　者 | 部 署氏 名 | 電話番号ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |