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 | |