

「福岡県障害者応援まごころ企業」認定申込書

記入日

平成 年 月 日

※**県内に本社(本部)がある法人は、法人名での認定**となります。

- 「住所」：本社の住所
- 「企業名」：本社の名称
- 「代表者」：本社の代表者名・代表者印
- 「従業員数」：法人全体の従業員数

住 所 _____

企業(事業所)名 _____

代表者名 _____ 印

従業員(職員)数 _____

<連絡先>担当者名： _____ **代表者印**

電話番号： _____

メールアドレス： _____

認定企業一覧に掲載を希望しない場合はチェック

※**県外に本社がある法人は、県内の事業所名での認定**となります。

- 「住所」：(福岡県内)事業所の住所
- 「企業名」：事業所名
- 「代表者」：事業所の代表者名・代表者印
- 「従業員数」：法人全体の従業員数

「福岡県障害者応援まごころ企業」の認定申込みをします。

認定証発送の連絡と、シンボルマーク(電子データ)の送付時に使用します

<購入実績>

購入先の法人・施設の名称	購入額	主な購入内容	購入年月日
就労継続支援 ○○○○○	65,000 円	チラシの袋詰め作業	平成28年 X月 X日
就労継続支援 □□□□□	50,000 円	部品組立作業	平成28年 X月 X日
就労移行支援 △△△△△	5,000 円	お菓子の購入	平成28年 X月 X日
	円		
	円		

購入額 (合計) 120,000 円

※「購入実績」は、合計10万円以上となる必要があります。

※従業員50人以上の企業は、直近の「障害者雇用状況報告書(ハローワークの受付印を押印済のもの)」を添付してください。

「福岡県障害者応援まごころ企業」推薦書

記入日

平成 年 月 日

福岡県知事 殿

複数の施設から購入している場合は、いずれか一ヶ所の施設に記載いただく

住 所 _____

法人名 _____

施設名 就労継続支援 ○○○○○

代表者名 _____ 印

上記の者を「福岡県障害者応援まごころ企業」として推薦します。

代表者印