

「福岡県障がい者応援まごころ企業」認定申込書

記入日

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 _____
 代表者職名・氏名 _____ 印
 従業員(職員)数 _____

※**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」: 事業所の従業員数

<連絡先> 担当者名 : _____ 代表者印
 電話番号 : _____
 メールアドレス : _____

※メールアドレスは、シンボルマーク(電子版)の送付に使用します。

県のホームページ等に掲載を希望しない場合はチェック

「福岡県障がい者応援まごころ企業」の認定申込みをします。

<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30年 X月 X日
就労継続支援 □□□□□	50,000 円	部品組立作業	平成30年 X月 X日
就労移行支援 △△△△△	5,000 円	お菓子の購入	平成30年 X月 X日
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。

✓ <暴力団に関与していないこと> ※下記に該当していることを確認の上、チェックをいれください。

当事業所の事業主・役員は暴力団員等に該当せず、また密接な関係もありません。

※ 障害者の雇用の促進等に関する法律第43条第7項の規定によりハローワークに障がいのある方の雇用状況を報告する義務がある企業等(平成30年4月1日現在、従業員規模45.5人以上の企業等)にあつては、直近の「障害者雇用状況報告書」の写し(ハローワークの受付印を押印済みのもの)を添付してください。

「福岡県障がい者応援まごころ企業」推薦書

記入日

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 _____ 代表者印
 施設名 就労継続支援 ○○○○○
 代表者名 _____ 印

県のホームページ等に掲載を希望しない場合はチェック

上記の者を「福岡県障がい者応援まごころ企業」として推薦します。