

「福岡県障がい者応援まごころ企業」認定申込書

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所 _____

企業(事業所)名 _____

代表者職名・氏名 _____ 印

従業員(職員)数 _____

<連絡先>担当者名: _____

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
	円		
	円		
	円		

購入額(合計)	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、チェックをいれてください。

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

年 月 日

福岡県知事 殿

住 所 _____

法 人 名 _____

施 設 名 _____

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。