（様式第1号）

しが障害者施設応援企業認定申請書兼誓約書（　　年度）

　年（　　年）　月　日

滋賀県知事　様

所在地

会社名

代 表 者 役職名

　　　　 氏　名

下記のとおりしが障害者施設応援企業認定を受けたいので、申請します。

なお、この申請書（様式第１号）および添付資料（取引実績証明書（様式第２号）、障害者雇用状況報告書）の内容については、事実と相違がないことを誓約します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| １　業種 | （１）建設工事・（２）建設関連業（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  （３）上記以外の業種（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| ２　障害者雇用義務 | （１）義務あり・（２）義務なし |
| ３　事業所数 | 計　　　　　　事業所（左記のうち県内事業所数：　　　　　　事業所） |
| ４　障害者の虐待防止 | （１）取り組んでいる・（２）取り組んでいない |
| ５　関係機関への照会 | 本申請の内容に関し、滋賀県が雇用関係機関（滋賀労働局等）に照会確認することについて：（１）同意する・（２）同意しない |
| 認定を受けた際に、しが障害者施設応援企業の認定企業として滋賀県のホームページへの掲載に：（１）同意する・（２）同意しない |
| ６　公式ホームページURL |  |
| （備考）許可番号または  業者コード | 建設業（許可番号：　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  建設関連業（業者コード：　　　　　　　　　　　　　　　） |

（注１）

1. 「１業種」欄：該当する者の番号に○印を記入してください。

（２）または（３）の場合は、（　）内に具体的に業種を記入してください。

1. 「２障害者雇用義務」、「４障害者の虐待防止」および「５関係機関への照会」欄：該当する方の番号に○印を記入してください。

**※なお、５の関係機関への照会に「同意しない」と選択された場合は、認定することができません。**

1. 公式ホームページがある場合は、６にURLを記入してください。
2. 「（備考）許可番号または業者コード」欄：建設業の場合は許可番号を記入してください。

建設関連業の場合は、測量・建設コンサルタント等業務入札参加資格者名簿に登録される際に付されたものがある場合に、業者コードを記入してください。

担当者連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ①申請担当者 | 部署名： | 氏名： | 電話 |
| ②営業担当者 | 部署名： | 氏名： | 電話 |

申請担当者は本申請書について連絡可能な担当者を、営業担当者は県と取引する際の担当者を記入してください。