

申請者 所在地
 会社名
 代表者名
 担当者
 電話 FAX

なお、この申請書及び添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

1	登録年度	年 度
2	業種（いずれかに○印）	卸売業 小売業 サービス業 製造業等
3	資本金・出資総額	千 円
4	常用雇用労働者	人
5	障害者雇用数	人
6	圏域内事業所の雇用状況(第2号様式障害者雇用状況計算書の集計)	
	(1) 常用雇用労働者合計数	人
	(2) 障害者雇用合計数	人
	(3) 認定障害者雇用数	(1) × 2.7 / 100 (端数切捨て) 人

- 注1 「6 圏域内事業所の雇用状況」(1)・(2)の欄は、第2号様式の⑨・⑩の欄から転記してください。
2 この登録申請書には、第2号様式の障害者雇用状況計算書を添付してください。
3 身体障害者手帳、療育(愛護)手帳等、精神障害者保健福祉手帳及び雇用保険被保険者資格取得等
確認通知書の写しを添付ください。
※身体障害者手帳等の写しの提出にあたっては、当該手帳所持者の了解を得てください。