

第1号様式（第4条関係）

上越市障害者多数雇用事業者登録申請書

年 月 日

（宛先）上越市長

住所（所在地）\_\_\_\_\_

商号又は名称\_\_\_\_\_

氏名（代表者名）\_\_\_\_\_

次のとおり障害者多数雇用事業者の登録を申請します。

事業所又は法人の状況	事業所の名称又は本店の名称	
	事業主の氏名又は法人の代表者の氏名	
	所在地	〒 _____
	電話番号及びFAX番号	電話番号 ( ) _____ FAX番号 ( ) _____
事業概要	営業種目	
	資本額・出資総額	_____ 千円
	物品入札参加資格者番号	
登録を希望する物品等	物品その他の財産又は役務の種類	
担当者	部署	
	職及び氏名	

（上越市暴力団の排除の推進に関する条例に基づく暴力団の排除のための誓約）

- (1) 暴力団の活動において障害者多数雇用事業者の登録を受けるものではありません。
- (2) 障害者多数雇用事業者の登録により暴力団に対し利益を供与することはありません。
- (3) (1)又は(2)に反する場合は、この申請を却下され、又は障害者多数雇用事業者の登録を取り消されることを承諾します。

上記について誓約します。（にレ点を記入してください。）

(裏面)

申請者

障害者雇用実績計算書							
障害者雇用 数算定年月 (申請日の 属する日か ら起算して 1年間)	A 常用労働者数	障害者の雇用状況					
		常用		短時間		F 障害者数 ( $B \times 2 + C + D + 1/2E$ )	障害者雇用率 ( $F/A \times 100$ ) ※小数点以下 第3位切捨て
		B 重度の身体・ 知的障害者数	C B以外の身体・ 知的・精神障害者数	D 重度の身体・ 知的障害者数	E D以外の身体・ 知的・精神障害者数		
年	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%
	月						%

※ 障害者数（1人以上）又は障害者雇用率（2.3%を超える）を満たしていない月がある場合、その理由を具体的に記載する。（※該当がある場合、必ず記載すること。）