

障害者雇用相談援助事業者認定申請書

申請年月日 令和 年 月 日

都道府県労働局長 殿

(ふりがな)  
事業者の氏名又は名称

(ふりがな)  
代表者の氏名  
住所 〒

電話番号

障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則第24条の2第2項の認定を受けたいので、別紙書類を添えて申請します。

〔注意〕

- 1 「申請年月日」欄は、都道府県労働局長に本申請書を提出する年月日を記載すること。
- 2 事業主が法人の場合にあっては、「住所」欄については主たる事務所の所在地を、「電話番号」欄については主たる事務所の電話番号を記載すること。
- 3 本申請書に、障害者雇用相談援助事業を行う者として適当であることを示すための、定款及び登記事項証明書並びに対象障害者の一連の雇用管理に関する援助の業務又は実務の実績、障害者雇用相談援助事業として実施しようとする具体的な一連の雇用管理に関する相談援助の内容及びその実施体制を記載した書面を添付すること。