

(別紙様式その1)

障害者雇用状況申告書

令和 年 月 日

石川県知事 殿

〒  
住 所  
商号又は名称  
代 表 者 印

毎年度の直前の1月31日現在における障害者の雇用状況について、下記のとおり申告します。  
なお、この申告書の記載内容は、事実と相違ないこと及び石川県から記載内容を証明する書類の提示を求められた場合は協力することを誓約します。

記

常用雇用労働者の総数	常用雇用障害者の数
人	人
	(うち身体障害者 人)
	(うち知的障害者 人)
	(うち精神障害者 人)

＜備考＞  
障害者が雇用主にあたる場合（代表取締役又は個人事業主）は対象外とする。