

障がい者雇用継続関係

事業所名：

1 業種			
2 資本金・出資総額	円		
3 常用雇用労働者	人		
4 道内の事業所数	事業所（道外事業所数 事業所）		
5 平均雇用継続期間			
	項目	内容	備考
	雇用している障がい者の人数 (A)	人	
	(A) の雇用月数の累計 (B)	月	
	平均雇用月数 (C)	月	

※基準日は、申請日の属する月の初日としてください。

※平均雇用月数は、少数点第一位を四捨五入してください。

障がい者雇用名簿			
氏 名	採用年月	雇用継続期間	備考
		月	
		月	
		月	
		月	
		月	
		月	
		月	
		月	
		月	
計 (A) 人		計 (B) 月	

※欄が不足する場合は、適宜追加してください。別紙でも可。

※雇用保険被保険者資格取得等確認通知書または雇用契約書等の写しを添付してください。