

<別紙4>

●障害者就労支援機関からの利用者の受入れによる障害者雇用確認用資料

※必要事項を記入の上、事前に該当者が利用した障害者就労支援機関で記載内容の証明を受けてください。

□ **障害者就労支援機関連携企業** [実施要綱第4条第1項第4号]

堺市障害者就業・生活支援センター、市内の就労移行支援事業所、公益財団法人堺市就労支援協会又はそれらと同様の目的を有すると市長が認める機関の利用者であった者を雇用し、雇用期間が2年を超える者が在籍する市内の中小企業等

事業所名 ( )

雇用期間が2年を超える 雇用障害者の人数	該当者の摘要 (氏名、年齢、障害の 種別・程度、就職年月日)		利用機関 (左記の該当者が利用した 機関名、所在地、利用期間)	
	人	氏名		機関名
年齢		歳		
障害の種別		身体・知的・精神	所在地	
障害の程度				
就職年月日		年 月 日	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで
氏名			機関名	
年齢		歳		
障害の種別		身体・知的・精神	所在地	
障害の程度				
就職年月日		年 月 日	利用期間	年 月 日から 年 月 日まで

上記記載内容のとおりであることを証明します。

年 月 日

機関・団体名  
職・氏名

(自署しない場合又は法人である場合は、記名押印をしてください。)