

障害者職業生活相談員選任報告書(記載例) 資格認定講習受講者用

①事業所	名称	株式会社 ハローワーク商事		②事業の種類	食料品製造業 (国・都道府県/市町村等/事業主)
	所在地	〒 810-0000 福岡市中央区赤坂〇-〇-〇 Tel 092-000-0000			
③労働者数		50 人		④障害者数 5 人	
障害者職業生活相談員	⑤氏名	〇〇 〇〇		⑥生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇〇 日
	⑦選任年月日	平成 令和 4 年 10 月 1 日			
	⑧職歴等	※「障害者職業生活相談員資格認定講習」を受講した場合(講習の修了証の写しを添付してください) ・令和〇〇年〇月「障害者職業生活相談員資格認定講習」を受講。			
	⑨権限及び職務区分	※障害者職業生活相談員が2名以上いる場合に記入してください。 ・主任 職務 障害者の適職の選定、能力開発。 障害に応じた施設の改善、作業環境の整備。等			
⑩新任、改任の事由等	・人事異動により前任者が退任したため。 ・障害者の雇用が5人以上となったため。等				
障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則第40条第2項の規定により、上記のとおり届けます。 令和 4 年 10 月 15 日 福岡中央公共職業安定所長 殿 事業所所在地 福岡市中央区赤坂〇-〇-〇 事業主代表者又は任命権者氏名 代表取締役 〇〇 〇〇					

[注意]

- 「②事業の種類」欄には、当該事業所の事業の種類を日本標準産業分類の中分類により記載すること。また、障害者の雇用の促進等に関する法律施行規則第40条第3項各号に掲げる区分に従い、「国・都道府県」「市町村等」「事業主」のいずれかを選択すること。
- 「④障害者数」の欄には、身体障害者、知的障害者、精神障害者の合計を記載すること。
なお、精神障害者については、
① 精神保健福祉法第45条第2項の規定により精神障害者保健福祉手帳の交付を受けている者
又は
② 統合失調症、そううつ病又はてんかんにかかっている者(①に該当する者を除く)であって、症状が安定し、就労が可能な状態にある者であって、職場適応訓練の終了後当該職場適応訓練を委託された事業主に雇用されている者の数を計上すること。
- 「⑧職歴等」欄には、障害者職業生活相談員の資格を有することを明らかにするため、それに必要な職歴、勤務年数、学歴等について記載すること。
- 「⑨権限及び職務区分」欄には、障害者職業生活相談員が2人以上いる場合に、この報告に係る障害者職業生活相談員が担当する職務区分、主任等の区分を記載すること。