**障害者採用意向調査票**

インターネットからの回答が困難な場合はＦＡＸ送信可

**（ＦＡＸ０２５－２８８－３５９２）**

令和6年4月時点

回答期限　令和6年4月2６日

企業名 　　　　　　　 　　　　　　　　適用事業所番号　1501　-　　　　　　　-

ご担当者（役職）　　　　　　　　（氏名） 　　　　　　 　　（電話番号）

【１】法定雇用率の引き上げ後、必要になる障害者の雇用は不足していませんか？

（補足）「週所定労働時間２０時間以上３０時間未満」の常用労働者は１人を０.５に換算します。

　　　　また、「除外率」が適用される事業所は除外率に応じて換算します。

1. 雇用率２．５％（常用雇用労働者４０．０人につき障害者雇用１．０人）の場合

⇒　□ 不足していない　　　□ 不足している　　□ 分からない

1. 雇用率２．７％（常用雇用労働者３７．５人につき障害者雇用１．０人）の場合

⇒　□ 不足していない　　　□ 不足している　　□ 分からない

【２】障害者の雇入れに関するご意向について教えてください。（複数回答可）

□　現在、募集している

□　近いうちに雇入れを予定している

□　10時間以上20時間未満で検討している

□　検討はしているが、課題があるため未定の状態にある

【３】募集中、予定有、検討中の場合は、職務内容や時期等について教えてください。

【４】雇入れに課題がある場合は、要因を教えてください。

【５】「職場実習」の受入れが可能かどうかについて教えてください。

（補足）障害者の職場実習（一時的な就業体験で賃金を支払う必要はないもの）を受入れることは、

その後の雇用につながる可能性があります。

⇒　□ 受入可能　　　□ 検討可能　 □ 受入困難

【６】相談したことがある支援機関等があれば教えてください。（複数回答可）

□ ハローワーク　 □ 障害者職業センター

□ らいふあっぷ　 □ こあサポート

□ 特別支援学校　 □ 障害者就労支援事業所（移行・Ａ型・Ｂ型）

□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【７】その他（障害者雇用に関してご意見・ご質問がありましたら記載してください）

質問は以上になります。ご協力ありがとうございました。

障害者雇用に関する相談を希望される場合は、ハローワーク新潟までご連絡ください。