

障害者職業生活相談員選任報告書

事業所	名称							事業の種類
	所在地	(TEL)						
労働者数	障害者数	イ 常用雇用身体障害者の数	ロ 常用雇用知的障害者の数	ハ 精神障害がある者であって厚生労働省令で定める者の数	ニ 重度身体障害者である短時間労働者の数	ホ 重度知的障害者である短時間労働者の数	ヘ 精神障害者である短時間労働者の数	イ～への合計人数
		人	人	人	人	人	人	人
障害者職業生活相談員	氏名				生年月日	年 月 日		
	選任年月日	年 月 日						
	職歴等							
	権限及び職務区分							
新任、改任の事由等								
<p>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。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>公共職業安定所長 殿</p> <p style="text-align: right;">事業所所在地 事業主代表者氏名 記名押印又は署名</p>								

〔注意〕

- 「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。
- 「障害者数」のハ欄及びヘ欄には、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統合失調症、そううつ病又はてんかんにかかっている者（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、職場適応訓練の修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記載すること。
- 「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。
- 「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。
- 事業主代表者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。