組合様式第１５号（法定雇用義務のない事業者用）

障害者雇用の証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  雇用状況障害の種類 | 雇用の有無（該当者がいる　場合のみ○印） | 　　　　　人　数 |
| （１）身体障害者 |  | 　　　　　　　　　　　人 |
| （２）知的障害者 |  | 　　　　　　　　　　　人 |
| （３）精神障害者 |  | 　　　　　　　　　　　人 |
| 　　　　合　計　人　数 |  | 　　　　　　　　　　　人 |
| 　　　総　従　業　員　数 |  | 　　　　　　　　　　　人 |

　上記の障害者を、当社従業員として雇用していることに相違ありません。

　　　　年　　　　月　　　　日

　　　　　　商号又は名称

　　　　　　代表者職氏名

※ 様式第１号「⑧身体障害者雇用状況」で雇用人数が０人の場合は提出不要です。