

様式7

様式7	
地域貢献確認調書	
申請者	
評価項目	自社の地域貢献について
	※1 内容
函館市との防災協定の締結	あり 締結者 添付書類 協定書の写し(※2)
	なし
障がい者の雇用	報告義務(※3)あり。法定雇用率を達成している。 障害者数 人 ※4 障がい者の雇用率 % ※5 添付書類 「障害者雇用状況報告書」の事業主控の写し
	報告義務(※3)なし。障がい者を1人以上雇用している。 障害者数 人 ※6 障がい者の雇用人数 人 ※7 添付書類 「身体障害者手帳」、「療育手帳」または「精神障害者保健福祉手帳」の写し
	上記以外
	函館保健観察所に協力雇用主として登録され、平成24年4月1日以降に、別紙(様式8)の実績を有している。 添付書類 協力雇用主活動実績証明書(様式8)
保護観察対象者等の就労支援	上記以外

※1 自社の地域貢献について、該当する項目に「○」を記載すること。
 ※2 所属団体が函館市と防災協定を締結している場合は、当該団体へ所属していることを確認できる書類を併せて添付すること。
 ※3 障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和35年7月25日法律第123号)第43条第7項に基づく報告義務
 ※4 入札参加資格審査申請日直近の「障害者雇用状況報告書」の記載数
 ※5 入札参加資格審査申請日直近の「障害者雇用状況報告書」の実雇用率の値
 ※6 平成 年6月1日現在の人数(※3の労働者数(短時間労働者および除外率を考慮した人数))を記載すること。代表者(経営者)を人数に含めないこと。
 ※7 入札参加資格審査申請日時点の雇用人数を記載すること。代表者(経営者)を人数に含めないこと。

様式8

様式8	
協力雇用主活動実績証明書	
区分	証明内容
雇用主	住所
	商号または名称
	代表者職氏名
	協力雇用主に登録した日 昭和・平成 年 月 日登録
実績	対象者 保護観察対象者・更生緊急保護対象者
	期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	種別 事業所見学会・職場体験講習
	対象者 保護観察対象者・更生緊急保護対象者
実施日 平成 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。
 平成 年 月 日
 函館保健観察所長 印

※ 内容を記入のうえ、函館保健観察所(函館市新川町25番18号 函館地方合同庁舎7階)で証明を受けてください。
 ※ 記入にあたって不明な点は、函館保健観察所就労支援担当(☎0138-26-0431)にお問い合わせください。

様式7

様式7	
地域貢献確認調書	
申請者	
評価項目	自社の地域貢献について
	※1 内容
函館市との防災協定の締結	あり 締結者 添付書類 協定書の写し(※2)
	なし
障がい者の雇用	報告義務(※3)あり。法定雇用率を達成している。 障害者数 人 ※4 障がい者の雇用率 % ※5 添付書類 「障害者雇用状況報告書」の事業主控の写し
	報告義務(※3)なし。障がい者を1人以上雇用している。 障害者数 人 ※6 障がい者の雇用人数 人 ※7 添付書類 「身体障害者手帳」、「療育手帳」または「精神障害者保健福祉手帳」の写し
	上記以外
	函館保健観察所に協力雇用主として登録され、平成24年4月1日以降に、別紙(様式8)の実績を有している。 添付書類 協力雇用主活動実績証明書(様式8)
保護観察対象者等の就労支援	上記以外

※1 自社の地域貢献について、該当する項目に「○」を記載すること。
 ※2 所属団体が函館市と防災協定を締結している場合は、当該団体へ所属していることを確認できる書類を併せて添付すること。
 ※3 障害者の雇用の促進等に関する法律(昭和35年7月25日法律第123号)第43条第7項に基づく報告義務
 ※4 入札参加資格審査申請日直近の「障害者雇用状況報告書」の記載数
 ※5 入札参加資格審査申請日直近の「障害者雇用状況報告書」の実雇用率の値
 ※6 平成 年6月1日現在の人数(※3の労働者数(短時間労働者および除外率を考慮した人数))を記載すること。代表者(経営者)を人数に含めないこと。
 ※7 入札参加資格審査申請日時点の雇用人数を記載すること。代表者(経営者)を人数に含めないこと。

様式8

様式8	
協力雇用主活動実績証明書	
区分	証明内容
雇用主	住所
	商号または名称
	代表者職氏名
	協力雇用主に登録した日 年 月 日登録
実績	対象者 保護観察対象者・更生緊急保護対象者
	期間 年 月 日から 年 月 日まで
	種別 事業所見学会・職場体験講習
	対象者 保護観察対象者・更生緊急保護対象者
実施日 年 月 日	

上記のとおり相違ないことを証明します。
 年 月 日
 函館保健観察所長 印

※ 内容を記入のうえ、函館保健観察所(函館市新川町25番18号 函館地方合同庁舎7階)で証明を受けてください。
 ※ 記入にあたって不明な点は、函館保健観察所就労支援担当(☎0138-26-0431)にお問い合わせください。