

登録番号
※

商号または名称 〇〇建設 (株)

この書類は、**函館市内に本店を有する業者**のみ作成してください。
 該当「有」「無」いずれかに○を付け、「有」の場合は、証明書類を添付してください。

地域貢献の内容		該当										
1 防災協定締結の有無 (1), (2) いずれかに該当する場合 10点 (1) 函館市（企業局含む）と防災協定を締結している。 防災協定書の写しを添付してください。		有	<input checked="" type="radio"/> 無									
(2) 函館市（企業局含む）と防災協定を締結している団体に所属している。 防災協定書の写しおよび当該団体に所属する証明書（本書）を添付してください。 証明書の様式は任意ですが、必ず「①発行日（令和5年12月1日以降）, ②申請者が団体に所属する旨の文, ③防災協定名, ④所属団体名」の4点について記載のうえ、所属団体の印を押印してください。		<input checked="" type="radio"/> 有	無									
2 若年者雇用の有無 (1), (2) いずれかに該当する場合 10点 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>対象となる若年者1名を記載</td> <td>氏名</td> <td>地域 貢太郎</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td>昭和62年4月15日</td> </tr> <tr> <td></td> <td>採用年月日</td> <td>令和4年4月1日</td> </tr> </table> (1) 若年者を新規に1名以上雇用している（以下のいずれにも該当すること）。 ア 令和3年10月1日から令和5年9月30日までににおける新規の採用である職員の新規採用（再雇用は対象としない）。 イ 令和6年1月1日時点で2年以上継続雇用されている職員（いわゆる正規雇用）として、令和6年1月1日時点で35歳未満の者であること。 (2) 若年者を継続して1名以上雇用している（以下）。 ア 雇用期間の定めのない雇用契約労働者（いわゆる非正規雇用）として、令和6年1月1日時点で2年以上継続雇用されている職員（いわゆる非正規雇用）として、令和6年1月1日時点で35歳未満の者であること。 イ 令和6年1月1日時点で満35歳未満の者であること。		対象となる若年者1名を記載	氏名	地域 貢太郎		生年月日	昭和62年4月15日		採用年月日	令和4年4月1日	有	無
対象となる若年者1名を記載	氏名	地域 貢太郎										
	生年月日	昭和62年4月15日										
	採用年月日	令和4年4月1日										
該当者が複数いる場合は、代表で1名記載してください。 上記内容が確認できる資料（健康保険被保険者証等）の写しを添付してください。		有	無									
(1)または(2)のどちらか一方の該当で10点となりますので、(1), (2)のどちらかを「有」とし、対象若年者情報を記載していただければ10点となります。		有	<input checked="" type="radio"/> 無									
(2) 若年者を継続して1名以上雇用している（以下）。 ア 雇用期間の定めのない雇用契約労働者（いわゆる非正規雇用）として、令和6年1月1日時点で2年以上継続雇用されている職員（いわゆる非正規雇用）として、令和6年1月1日時点で35歳未満の者であること。 イ 令和6年1月1日時点で満35歳未満の者であること。 上記内容が確認できる資料（健康保険被保険者証等）の写しを添付してください。		有	<input checked="" type="radio"/> 無									
3 障がい者雇用の状況 (1), (2) いずれかに該当する場合 10点 (1) 報告義務（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。以下同じ。）があり、法定雇用率を達成している。 公共職業安定所に提出した「障害者雇用状況報告書」（令和5年6月1日現在）の写し（受付印のあるもの）を添付してください。		有	<input checked="" type="radio"/> 無									
(2) 報告義務なし。令和6年1月1日時点で障がい者を1名以上雇用している。 <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>障がい者</td> <td>氏名</td> <td>地域 献二郎</td> </tr> <tr> <td></td> <td>生年月日</td> <td>平成2年5月4日</td> </tr> </table> 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を添付してください。		障がい者	氏名	地域 献二郎		生年月日	平成2年5月4日	<input checked="" type="radio"/> 有	無			
障がい者	氏名	地域 献二郎										
	生年月日	平成2年5月4日										
4 保護観察対象者等の就労支援の有無 該当する場合 10点 函館保護観察所に協力雇用主として登録され、令和2年4月1日以降に、以下のいずれかの実績を有する。 (1) 保護観察対象者等を雇用した実績 (2) 保護観察対象者等を対象とした職場 (3) 保護観察対象者等を対象とした事業 協力雇用主活動実績証明書（様式14-①）発行日：令和5年12月1日以降		有	無									
「4 保護観察対象者等の就労支援」に該当「有」の場合は、様式14-②に記載のうえ、保護観察所の証明を受けてください（証明書発行日：R5.12.1以降）。		<input checked="" type="radio"/> 有	無									
5 男女共同参画等への取組の有無 該当する場合 10点 令和6年1月1日時点で、以下のいずれかの取組に認定されている。 (1) 北海道の「北海道働き方改革推進企業」の登録 (2) 厚生労働省の「トライくるみん」, 「くるみん」または「プラチナくるみん」の認定 (3) 厚生労働省の「えるぼし」または「プラチナえるぼし」の認定 認定証の写しを添付してください。		<input checked="" type="radio"/> 有	無									