

障害者就労施設応援企業 推薦書

年 月 日

(あて先)

埼玉県福祉部障害者支援課長

所在地
法人名
代表者職・氏名

障害者就労施設応援企業として、次のものを推薦いたします。

1 被推薦者（法人・団体・個人）

法人、団体の商号・名称	
事業所等の所在地	〒 埼玉県
本社等の所在地	
代表者職・氏名	

※ 被推薦者に別紙「企業等の概要」を記入していただき、本推薦書と併せて提出すること

2 被推薦者からの受注実績（本推薦書を提出するまでに売上があったものに限る）

年度	実績額	受注内容
【前年度】 (年度)	円	
【前々年度】 (年度)	円	

※ ①障害者優先調達推進法に基づく受注、②支配従属関係を有する自法人又は関連会社からの受注、③発注元が障害者就労施設等である場合の受注は除く。

3 被推薦者の販売機会の提供等（該当年度に実施しているものに限る。）

 無 有（にチェックし、「有」の場合は下表に具体的に記入。）

販売場所、販売時間、頻度、販売品目、購買者などを具体的に記入のこと

4 被推薦者との関係

 無 有（支配従属関係を有する自法人又は関連会社である）

5 推薦者（就労継続支援B型事業所）

B型事業所名			
事業所所在地			
事業所代表者名	担当者名		
電話番号			
メールアドレス			

※ 推薦にあたっては、必ず被推薦者からの了承を得てください。

企業等の概要

法人、団体の商号・名称			
事業所の所在地	〒 埼玉県		
本社等の所在地	〒		
代表者職・氏名			
担当部署名		担当者役職・氏名	
電話番号		FAX番号	
メールアドレス			
取組の内容等	①障害者就労施設との取引内容等を簡潔に御記入ください ②特記事項があれば御記入ください		

※ この様式は被推薦者に記入していただき、推薦書と共に提出すること。