令和　　年　　月　　日

　香川県知事　池　田　豊　人　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　住所（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称）

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

障害者雇用優良事業所の認定について（申請）

　このことについて、関係書類を添えて申請します。

記

○関係書類

　障害者雇用優良事業所の認定に関する調書