（記載日）令和　　年　　月　　日

**障害者雇用状況報告のための調査票**

所属・（職員番号）　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　 氏　　　　　　名

1. 手帳等の種類（該当する記号に○をしてください。）

　ア　身体障害者手帳　　イ　療育手帳　　ウ　精神障害者保健福祉手帳　　エ　その他（　　　　　）

1. 身体障害者手帳に記載された障害名（身体障害の場合のみ）
2. 障害の等級（療育手帳の場合は総合判定）
3. 有効期限（精神障害の場合のみ）　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　 　　月　　 　日

　※　**手帳の氏名、障害名、等級及び有効期限が分かる箇所の写し**を本調査票とあわせてご提出ください。

※　調査した情報は、人事担当部門の障害者雇用状況報告・担当職員以外に漏洩しないよう徹底しており、障害者雇用状況報告（厚労省）以外の目的に利用することはありません。

**※　調査票の記入に当たっては、下記事項をよくお読みください。**

（調査要領）

この調査は、本法人の障害者雇用の状況を国（厚生労働省）へ報告するために行うものです。本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力をお願いします。

１　該当職員

新規採用職員

２　提出方法

**他の採用時の提出書類と同封し、下記の経営管理課の担当に直接提出してください。**

３　注意事項

(1)　この調査は、強制するものではありません。また、調査票を提出したこと、提出しなかったことにより不利益な取扱いを受けることはありません。

(2)　報告は、障害種別、等級ごとの障害者の人数のみを対象としており、個人が特定される情報は、報告の対象ではありません。報告対象の情報につきましては、広島市立病院機構で集計して厚生労働省広島労働局へ提出します。

(3)　調査で収集した情報は、報告目的以外の目的のために利用することはありません。

(4)　報告のための調査は毎年度実施しますが、今回の調査で収集した情報は、申し出がない限り来年度以降の報告にも利用させていただきます。なお、来年度以降の調査において、状況に変化のない場合は、調査票の提出は不要です。

(5)　回答内容について確認させていただく場合があります。その際はご協力ください。

(6)　**障害の該当がない場合は日付と氏名のみ記入して提出してください。**

〒730－8518　広島市中区基町７番３３号

担当：広島市立病院機構本部事務局経営管理課人事労務係