独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構　愛知支部　愛知障害者職業センター

**令和５年度　第３回　職場適応援助者養成研修修了者サポート研修**

**職場適応援助者養成研修スキル向上研修サポート研修**

**事前アンケート**

貴事業所名：

ご氏名：

（１）令和５年度　助成金の活用実績・予定　　　　　　あり　　　・　　　なし

（２）令和６年度　助成金の活用予定　　　　　　　　　あり　　　・　　　なし

（３）対応に難しさを感じたケースについて（ジョブコーチ支援かどうかは問いません）

　→どのようなケースに対して、どのような支援を行いましたか？どのような点に難しさを感じましたか？

　★障害種別　発達障害　・　精神障害　・　高次脳機能障害　・　その他

※記入いただいた内容は、当日資料として配布させていただきます。あらかじめご了承ください。

（４）その他、当日参加するジョブコーチに聞いてみたいことをご記入ください。

※２枚目もご確認をお願いいたします。

**サポート研修にご参加いただく皆さまへのお願い**

・研修にご参加いただく際には、マスクの着用をお願いいたします。

　当日、発熱、咳等の症状がみられる方は、ご参加をお控えください。

・受講者として決定した方以外は、当日お越しいただいても受講できませんのでご注意ください。

* 本アンケートは、**「養成研修サポート研修受講申請書（様式第１６号－１）」**または**「スキル向上研修サポート研修受講申請書（様式第１８号－１）」**と併せて、メールまたは郵送により**１月３１日（水）まで**に送付してください（送り状は不要です）。

メールアドレス：ACLC.6522@jeed.go.jp

送付先住所：〒４６０－０００３

愛知県名古屋市中区錦１－１０－１　ＭＩテラス名古屋伏見５階

　　　　　　 愛知障害者職業センター　髙橋、大下　あて