ジョブコーチ支援　情報提供シート

令和　　年　　月　　日

新潟障害者職業センター　ジョブコーチ支援担当者あて

貴施設名

ご担当者名

ご連絡先

　この情報提供シートは、これから当センターで支援を実施していくにあたり、事前に内容を確認することで、ご本人や事業所、支援機関の負担軽減や円滑な連携を行うことを目的に活用させていただきます。最終的なジョブコーチ支援実施についてはご相談の上での判断となりますので、予めご了承ください。

なお、ジョブコーチ支援に関連する相談を行うために、下記対象者及び事業所、利用中の支援機関に、ご説明の上、了解いただくようお願いいたします。

●対象者（太枠内の氏名、住所、電話番号は記入不要。**電話にて確認し、当センターで記入します**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | ※ | 性　別 | 男性・女性 |
| 氏　名 | ※ | 生年月日 | 年　月　日生 |
| 住　所 | ※ | | |
| 電話番号 | ※□自宅　　　　　　　　　　　　□携帯 | | |
| 障害名 | （□　　　手帳　　級・度　□なし） | | |
| 職業ｾﾝﾀｰ利用 | □あり　□なし　□不明 | | |
| 通院・服薬 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□なし　□不明 | | |

●事業所（太枠内の事業所名、所在地、担当者所属・職名・氏名、電話番号は記入不要。**電話にて確認し、当センターで記入します**）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名、所在地 | ※ | | |
| 担当者所属  職名・氏名 | ※ | | |
| 電話番号 | ※ | | |
| 就職日（予定） | 年　　　月　　　日 | | |
| トライアル雇用 | □あり　　□なし　　□不明 | | |
| 勤務時間 | 時　　分～　　時　　分 | 休　日 |  |

●ジョブコーチに支援を希望する事項（複数可）

　□職場のルール・マナーの理解　　　□作業の理解　　　□コミュニケーション・人間関係

　□職務の設定・変更　　□周囲の理解　　□定期相談・ストレス軽減　　□その他

|  |
| --- |
| ＜具体的にお書き下さい＞ |

●対象者の就労上の課題

|  |
| --- |
|  |

●事業所の状況・意向（作業内容、担当者の考えなど）

|  |
| --- |
|  |

●本人のこれまでの経過（別途資料でも結構です）

|  |
| --- |
|  |

●利用している支援機関・担当者名・内容（相談を月1回、毎日通所など）

|  |
| --- |
|  |

●今後貴施設として支援できること（具体的な関わり等）

|  |
| --- |
|  |

●ジョブコーチ支援にあたって留意すべき事項等

|  |
| --- |
|  |

※提供いただいた個人情報は、「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」及び当機構の定める「個人情報の取扱いに関する規程」、その他当機構の定める規定等により適切に取り扱います。また、当該個人情報は、目的以外には利用いたしません。