

ジョブコーチ支援申込書

平成 年 月 日

静岡障害者職業センター ジョブコーチ支援担当者あて

貴所名 _____

ご担当者名 _____

電話番号 _____

下記の通り、ジョブコーチ支援を申込みます。

●対象者（※氏名・住所・電話番号は記入不要です。電話にて確認し、当センターで記入します）

フリガナ	※	性別	男性・女性
氏名	※	生年月日	年 月 日生
住所	※		
電話番号	※ <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯		
障害名	(級・度)		
職業センター利用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
通院・服薬	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		

●事業所

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		
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>

--

●事業所の状況・意向（作業内容、担当者の考えなど）

●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）

●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、当機構個人情報の取扱いに関する規程により取り扱います。(H21.11.4)