

支援機関利用状況確認票

医療・福祉・就労等の支援機関の担当の方がご記入ください。

申請者氏名		記入年月日	令和 年 月 日
記入者氏名		所属、職名	
支援機関の 住所連絡先	〒 - TEL - -		

1 現在の状況

障害の状態 (記入例：障害や症状の安定性などについて具体的にご記入ください。)
支援機関における活動状況 (記入例：各種の訓練や就職活動の取り組み状況などについて具体的にご記入ください。)
生活上の配慮事項 (記入例：睡眠、食事、服薬、生活リズムなどの配慮が必要な事項について具体的にご記入ください。)

2 就労支援に際して連携が可能な支援機関

支援機関名	担当者名	支援内容

※本様式については、国立職業リハビリテーションセンター職業指導部職業評価課（TEL04-2995-1201）までお問い合わせください。