

# ジョブコーチ支援申込書

平成 年 月 日

神奈川県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。

なお、下記対象者及び事業所が、神奈川県障害者職業センターへ登録することについての同意は得ております。

## ●対象者

※メールの場合は、「氏名」「住所」「電話番号」を記入の上、パスワードをかけて送信ください。

※FAXの場合は、「氏名」「住所」「電話番号」を記入せずに送信ください。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

※メールの場合は、「事業所名」「所在地」「担当者所属・職名・氏名」「電話番号」を記入の上、パスワードをかけて送信ください。

※FAXの場合は、「事業所名」「所在地」「担当者所属・職名・氏名」「電話番号」を記入せずに送信ください。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		
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