

障害福祉サービスに係る情報提供書（復職支援型）

作成年月日：令和 年 月 日

氏名		生年月日	
住所			
休職期間 (最長で認められる期間)	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで (区職員メモ欄：)		
1. 現在、休職中であるか。			
はい • いいえ			
2. 貴社にて、ご本人のニーズに合致した復職支援の実施は可能であるか。 (否の場合は3へ)			
可 • 否			
3. 貴社への復職を目指すにあたり、障害福祉サービスの利用が適当であると 判断するか。			
適当 • 不適当 (※)			
(※) 不適当を選択した場合、下記に理由をご記載ください。			
会社名： 所在地： 連絡先： 担当者名：印			