

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：)		
<p>1. 現在、休職中であるか。</p> <p>はい ・ いいえ</p> <p>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)</p> <p>可 ・ 否</p> <p>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。</p> <p>適当 ・ 不適当 (※)</p> <p>(※) 不適当を選択した場合、下記に理由をご記載ください。</p>			
<p>会社名：</p> <p>所在地：</p> <p>連絡先：</p> <p>担当者名： 印</p>			