様式３

事　業　実　施　計　画　書

申請機関名

１．当該事業の実施計画及び効果

|  |
| --- |
| 1. 相談支援における実施体制 |
|  |
| 1. 実施計画 |
| 1. 相談事業における就労支援への取り組み内容 |
| イ. 就労支援に関するスクリーニングの取り組み内容 |
| ウ．心血管疾患における就労支援見込み件数 |
| 1. 補助によって直接得られる成果 |
|  |

２．申請機関の相談支援実績、人員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 診療・相談支援実績（2020年度） | | |
| 1. 入院診療件数（概数）と主な対象疾患 | ②就労に関する相談支援件数 | ③相談支援の主な対象疾患（複数可）と就労に関する相談支援内容 |
| ○○件  （主な対象疾患：〇〇、〇〇、・・・） | 相談件数  ○○件  （うち心血管疾患関係の相談件数）  ○○件 |  |
| ④入院、外来それぞれにおける就労に関するスクリーニングの有無 | ⑤相談支援の主な対象疾患（複数可）に応じた診療実績 | |
| 入院：有/無  外来：有/無 | 例：  ・年間心大血管リハビリテーション新規患者数　〇名  ・成人先天性心疾患患者に対する専門外来の設置の有無  ・主な対象疾患についての外来診療件数（概数）○件　等 | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 両立支援コーディネーター | | | | |
| 1. 担当者等の氏名 | 1. 所属・職名 | ③職種 | ④経験年数 | ⑤常勤・非常勤の別 |
|  |  |  |  |  |
| 1. 両立支援コーディネーター研修の受講状況 | | | | |
| 1. その他の研修の受講状況 | | | | |