

# 職場適応援助者支援総合記録票

法人名: \_\_\_\_\_ (作成者名: \_\_\_\_\_)

[平成 年 月 日作成・平成 年 月 日変更]

支援対象者		保護者名	(続柄)
障害名		手帳の有無	あり(手帳 級・度) なし
支援対象事業主			
職場適応援助者		事業管理者	
支援期間	ジョブコーチ支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [ か月]	
	フォローアップ期間	年 月 日 ~ 年 月 日 [ か月]	
	精神障害者追加分 年 月 日 ~ 年 月 日の間に3回まで		
区分	支援事項、支援内容、改善状況等	残っている課題等	
対象者支援			
事業主支援			
家族支援			
関係機関への協力要請事項			
その他			
総合所見			
フォローアップ計画の内容等	(フォローアップの実施体制・方法 等)		
	(フォローアップの頻度、期間内の回数)		
	最大 _____ につき _____ 回		
	(フォローアップ実施上の留意事項等)		

本支援計画を承認します。  
平成 年 月 日

障害者職業センター所長印

