

職場内障害者サポーター支援計画書

1 職場内障害者サポーター（登録予定者）

法人名称		設置事業所	
サポーター氏名		被支援者人数	計 人中/ 人目

2 被支援者情報

氏名	(名字のみをカタカナで記入)		
障害種別	身体 知的 精神 発達 難治性疾患 高次脳 その他()		
年齢	歳	性別	男・女
雇用日	年 月 日(勤続年数: 年 か月)		
勤務日数	1か月当たりの勤務日数 約 日間 (勤務日:月・火・水・木・金・土・日・シフト制) 1週間の所定労働時間が20時間以上である		
勤務時間	時 分から 時 分まで(時間)・シフト制		
担当職務			
東京ジョブコーチによる支援の有無	有(支援期間 ~)		無
備考欄			

3 支援計画

支援期間	年 月 日 から 年 月 日 までの6か月間
計画概要	
具体的目標	
支援内容	
支援体制	
留意事項	
備考欄	

登録番号

T