

## 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
養成講座修了日	年 月 日		

## 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	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難治性疾患 <input type="checkbox"/> 高次脳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
年 齢	歳
雇 用 日	年 月 日
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) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (支援期間 ~ ) <input type="checkbox"/> 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
現 状 での 課 題	
被支援者や企業の今後の目標	
上記目標を達成するためにサポーターが行う支援内容	
備 考 欄	