

公益財団法人東京しごと財団 理事長 殿

所在地

法人名称

代表者役職・氏名
(自署又は記名・押印)

職場内障害者サポーター支援報告書

1 職場内障害者サポーター

法人名称		設置事業所	
サポーター氏名		登録番号	

2 支援活動の結果

支援期間	年 月 日 ~ 年 月 日 の か月		
支援員訪問	訪問回数 回 訪問日 ()		
フォローアップ研修受講日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 未受講	
被支援者	(名字のみカタカナ記入)	計	人中/ 人目
支援計画概要			
目標達成度 ・ 成果			
備考欄			

3 被支援者の定着状況

雇用日	年 月 日								
支援終了時	<input type="checkbox"/> 支援活動終了日現在 在職 <input type="checkbox"/> 離職 (離職日: 年 月 日)								
支援期間	1か月	2か月	3か月	4か月	5か月	6か月			
	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日	月 日~ 月 日
判定※									
実績/予定 (%)	%	%	%	%	%	%	%	%	%
実績(時間)									
予定(時間)									
備考欄									

※判定は、勤務実績が予定時間の8割以上の場合は○とし、8割未満は×とする。