　　年　　月　　日

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　　　　　　　　　　　□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 | □支援活動終了日現在 在職 　　　 □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割以上の場合は〇とし、８割未満は×とする。