

泉大津市社会福祉事務所長 様

事業所所在地  
事業所名  
代表者指名

就労支援中止届

次の利用者について、就労支援の継続が不能と認められますので泉大津市障がい者就労支援事業実施要綱第 10 条により届け出ます。

利用者氏名	
支援中止(予定)年月日	年 月 日
支援中止(予定)理由 (□にチェック)	<input type="checkbox"/> 就職 <input type="checkbox"/> 協力事業所の都合 <input type="checkbox"/> 作業能力の問題 <input type="checkbox"/> 意欲の問題 <input type="checkbox"/> 病状の悪化 <input type="checkbox"/> 病気(病名: ) <input type="checkbox"/> その他( )
	<input type="checkbox"/> 支援期間満了 <input type="checkbox"/> 協力事業所の変更 <input type="checkbox"/> 体力の問題 <input type="checkbox"/> 対人関係 <input type="checkbox"/> 事故
その他参考となる事項	