

障がい者就労支援の期間延長に関する支援機関の意見書

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
支援機関について	名称		
	所在地		
	事業種別		
	代表者氏名		
	電話番号		
	メールアドレス		
	支援担当者名		
支援希望期間等		年 月 日～ 年 月 日 支援日数 日/週 支援時間 時間/日	
就労支援実績		支援期間	
	1回目支援	年 月～ 年 月	
	2回目支援	年 月～ 年 月	
	3回目支援	年 月～ 年 月	
	4回目支援	年 月～ 年 月	
支援の日数・時間		(直近1か月)日数： 日/週、時間： 時間/日 (今後の予定)日数： 日/週、時間： 時間/日	
就労支援以外の 日中活動		_____ 日/週 _____ 日/週 その他： _____	
利用者の現在の体調 及び生活状況等			
協力事業所から見た利用者の 様子(支援開始時と比較して)			
支援延長の 必要性及び課題			