

年 月 日

泉大津市社会福祉事務所長 様

所在地

支援機関名

代表者名

障がい者就労支援事業利用者異動報告書

泉大津市障がい者就労支援事業実施要綱第15条の規定により、利用者の異動について次のとおり報告します。

| | | |
|-----------------|--|---------------|
| (ふりがな) 利用者氏名 | 生年月日 | 年 月 日 (歳) |
| 協力事業所名 | 支援機関 担当者名 | |
| 支援実施期間 | 年 月 日～ 年 月 日 | |
| 異動の理由 | <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"/> 就労支援期間満了 <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 | |
| 訓練終了後の状況 | <input type="checkbox"/> 協力事業所に就職（ 年 月 日採用） 雇用形態： <input type="checkbox"/> 常勤雇用 <input type="checkbox"/> 非常勤雇用（パート・アルバイト等） 業務内容（ ） <input type="checkbox"/> 協力事業所以外に就職（ 年 月 日採用） 雇用形態： <input type="checkbox"/> 常勤雇用 <input type="checkbox"/> 非常勤雇用（パート・アルバイト等） 業務内容（ ） <input type="checkbox"/> 家業手伝い <input type="checkbox"/> 職業訓練（訓練先： ） <input type="checkbox"/> 障がい福祉サービス（事業所名等： ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | |
| 異動日 | 年 月 日 | |

就労支援に対する評価について

| | |
|-----------------------------|--|
| 利用者 | チェックシート等を参考に、これまでの就労支援を振り返ってください。 |
| ① 就労支援の達成状況 | <input type="checkbox"/> 十分できた <input type="checkbox"/> まあまあできた <input type="checkbox"/> あまりできなかった <input type="checkbox"/> 全然できなかった |
| ② 就労支援を通してできたこと・できるようになったこと | |
| ③ 今後の目標 | |

| | |
|---------------------|---------------------------|
| 協力事業所 | 就労支援開始時と終了時を比較して評価してください。 |
| ① 仕事面（作業能力、積極性、態度等） | |
| ② 事業所内での人間関係 | |
| ③ 今後期待できること | |

| | |
|-----------------------------|--|
| 支援機関 | チェックシート等を参考に、これまでの訓練を振り返ってください。 |
| ① 就労支援の達成状況 | <input type="checkbox"/> 十分できた <input type="checkbox"/> まあまあできた <input type="checkbox"/> あまりできなかった <input type="checkbox"/> 全然できなかった |
| ② 就労支援を通してできたこと・できるようになったこと | |
| ③ 今後のフォロー計画 | |