　　年　　月　　日

**職場内障害者サポーター支援計画書**

１　職場内障害者サポーター（登録予定者）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名称 |  | 設置事業所 |  |
| サポーター氏名 |  | 被支援者人数 | 計　　人中/　　　人目 |
| 養成講座修了日 | 年　　月　　日 | | |

２　被支援者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | (名字のみをカタカナで記入)    　　　　　　　人目 |
| 障害種別・等級 | □身体（　　級） □知的（　　度）  □精神　□発達 □難治性疾患　□高次脳　□その他（　　　　　　　） |
| 年　　齢 | 歳 |
| 雇 用 日 | 年　　月　　日 |
| １週間の  所定労働時間 | □週１０時間以上２０時間未満　□週２０時間以上  （勤務曜日：月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日・シフト制） |
| 勤務時間 | 時　　分から　　　　時　　分まで（　　時間） ・　シフト制 |
| 担当職務 |  |
| 東京ジョブコーチによる支援の有無　　□有（支援期間　　　　　　～　　　　　　）　　□無 | |
| 備考欄 |  |

３　支援計画

|  |  |
| --- | --- |
| 支援期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日　までの６か月間 |
| 現状での課題 |  |
| 被支援者や企業の今後の目標 |  |
| 上記目標を達成するためにサポーターが行う支援内容 |  |
| 備考欄 |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | Ｔ |