

### 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)
障害種別・等級	<input type="checkbox"/> 身体 ( 級) <input type="checkbox"/> 知的 ( 度) <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> 難治性疾患 <input type="checkbox"/> 高次脳 <input type="checkbox"/> その他 ( )
年 齢	歳
雇 用 日	年 月 日
1 週 間 の 所定労働時間	<input type="checkbox"/> 週10時間以上20時間未満 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 有 (支援期間 ~ ) <input type="checkbox"/> 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	