

## 就労等医学的支援事業 申込書

お申し込み年月日	令和 年 月 日
相談事業所・住所 および担当者名	事業所名 ( 担当 ) 事業所住所:
ご連絡先	TEL : ( ) -
	FAX : ( ) -
	メールアドレス : @
担当者様のお電話が 繋がりのやすい時間	時 分 ~ 時 分
相談内容	<p>《選択してください。》</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 訪問指導 (予定 : 名)最大3名まで</li> </ul> <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 対象者のできることや支援が必要なことについて(動作や行動などについて)</li> <li>・ 仕事のしやすい道具の工夫や姿勢など、環境について(福祉用具を含む)</li> <li>・ 仕事が覚えられない・いつも同じ所でミスが生じる等に対する対策について</li> <li>・ 障害特性に合った対応や仕事の相談について</li> <li>・ 体の正しい使い方やストレッチ方法などについて</li> <li>・ 筋力や体力が落ちてきた、痛みの訴えがある、体調管理ができない等について</li> <li>・ その他</li> </ul> <p>具体的な依頼内容</p> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
相談希望日時	【第1希望】 令和 年 月 日( 曜日) 時ごろ
	【第2希望】 令和 年 月 日( 曜日) 時ごろ
	【第3希望】 令和 年 月 日( 曜日) 時ごろ
就労形態	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就労移行</li> <li>・就労継続A型</li> <li>・就労継続B型</li> <li>・生活介護</li> <li>・入所施設</li> <li>・その他( )</li> </ul>
その他(ご要望など)	