

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"> ・ 訪問指導 (予定 : 名)最大3名まで <p>例)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 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) ・ 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 ・ 障害特性に合った対応や仕事の相談について ・ 体の正しい使い方やストレッチ方法などについて ・ 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 ・ その他 <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"> ・就労移行 ・就労継続A型 ・就労継続B型 ・生活介護 ・入所施設 ・その他()
その他(ご要望など)	