

記載例

(様式2-2-①)

記載日をいれてください。記載後は、速やかにご郵送ください。

職業能力評価実施依頼書

令和〇年〇月〇日

神奈川県障害者雇用促進センター所長様

機関名 就労移行支援事業所 〇〇〇
代表者職名・氏名 サービス管理責任者 〇〇 〇〇

職業能力評価を依頼します。

機関名	就労移行支援事業所 〇〇〇	電話番号	045-633-xxxx
住所	神奈川県横浜市中区寿町1-4 かながわ労働プラザ〇〇5	担当者職名・氏名	就労支援員 〇〇 〇〇
依頼理由 (支援計画・支援の方向性など具体的に)	4年前の脳出血受傷後、現在、左下肢麻痺と高次脳機能障がい（主に記憶障がい）の症状が残っている。また術後にてんかんを発症。以前の職業に戻ることは困難であり、既に離職している。事業所のアセスメントに加え、第三者の職業能力評価結果を本人と共有することで、今後の就労支援の幅を広げていきたいと考えるため。		

【対象者情報】（評価を受ける方）

ふりがな氏名	かながわ きんたろう 神奈川 金太郎	昭和〇〇年〇月〇日生（39歳）	
住所	神奈川県〇〇市〇〇区3-2プレハウスステージ201	電話番号	045-210-xxxx
障がい内容	☒ ア 身体障がい（ ☐ 視覚 ☐ 聴覚 ☐ 言語 ☒ 肢体 ☐ 内部 （診断名：左下肢機能障がい（脳出血後遺症））		
	☐ イ 知的障がい（診断名：）		
	☒ ウ 精神障がい（診断名：高次脳機能障がい（脳出血後遺症）・てんかん）		
	☐ エ その他（内容：）		
	補装具の有無 ☐ 無 ☒ 有 内容（T字杖使用）		
手帳	☐ 無 ☒ 有（令和〇年〇月取得）等級・程度（精神2級）		
	☐ 無 ☒ 有（令和〇年〇月取得）等級・程度（身体3級）		
最終学歴	〇〇高等学校	☒ 卒業 ☐ 中退	職歴 ☒ 有 ☐ 無

現在出ている診断名をすべてご記載ください。

プルダウンよりお選びください。

※記載いただいた個人情報は、職業能力評価の目的以外には一切使用いたしません。

《本人同意欄》

次の事項について同意します。

- 目的外使用をしないことを確認のうえ、様式2-2-①,②の内容を提供すること
- 上記の機関から神奈川県障害者雇用促進センターへ、職業能力評価の実施を依頼すること
また、依頼に際し必要な情報を提供すること
- 神奈川県障害者雇用促進センターから上記の機関へ、評価結果を送付又は説明すること
- 評価終了後の状況について、神奈川県障害者雇用促進センターに報告すること

アルバイト・パートを含めた職歴です。

令和〇年〇月〇日

氏名（直筆） 神奈川 金太郎

（未成年の方）

（続柄）

保護者氏名（直筆）