

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 (標準評価・ 簡易評価 (GATB・VRT)) を依頼します。

(どちらかに✓をお願いします)

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	<input checked="" type="checkbox"/> ア 身体障がい (<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部) (診断名: 左下肢機能障がい(脳出血後遺症))	現在出ている診断名をすべてご記載ください。	
	<input type="checkbox"/> イ 知的障がい (診断名:)		
	<input checked="" type="checkbox"/> 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)		
	<input type="checkbox"/> エ その他(内容:)		
手帳	補装具の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容 (T字杖使用)	プルダウンよりお選びください。	
	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (令和〇年〇月取得) 等級・程度 (精神2級)		
	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退	職歴	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※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。

- 1 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
- 2 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
- 3 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

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)