

就労アセスメントの実施に関する確認書

就労アセスメントを必要とする就労継続支援B型の利用希望者

氏 名			
生 年 月 日	年	月	日
手帳の種類	身体 ・ 療育 ・ 精神	程度	
その他(手帳なし)			

通常の就労アセスメント実施が難しい理由(該当するものに○を記入してください)

	ひきこもり(半年以上)からの社会復帰
	生活介護や地活等からの移行(1年以上通所していた場合に限る)
	新たな環境に慣れるまでに著しく時間がかかる障害特性を有する (大声、こだわり、自傷行為などの行動障害、不調や不安が出る)
	単独での通所ができるようになるまで1か月以上の時間を要する

3 上記理由の具体的な状況と参考情報

--

■確認日 令和 年 月 日

■作成者 _____

■結果 ☐ 原則 ☐ 例外