

チャレンジ雇用体験実習希望者のフェイスシート

年 月 日現在

〔推薦機関記入〕

作成者：

連絡先（TEL）：

氏名	生年月日	(歳)
住所	電話	
障害名		
主治医	医院名	
愛の手帳又は精神障害者保健福祉手帳	自立支援医療利用	
家族		
現在の通所・相談機関と担当者		
①		
②		
支援機関利用までの経過		
支援機関での状況、就労に向けた評価		
実習参加の目的		
・		
・		
実習中特に配慮してほしいこと（あれば）		
・		
・		
実習希望日数（週4日か5日）		