様式第１号（第３関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（申込先）茨木市長

 （申込者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

 （届出者）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

（団体名及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者との関係又は続柄（　　　　）

茨木市障害者等庁内職場実習申込書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）職場実習を希望する者の氏名 |  |
|  |
| 住　　所 | 茨木市 |
| 生年月日 | 　　　　　　　年 　　　月　　　 日 （　　　　歳） |
| 電話番号 |  |
| 実習希望場所又は希望作業 |  第一希望：　第二希望：　第三希望： |

　　年　　月　　日

　（あて先）茨木市長

　　　　　　　　　　　　　　　　（推薦機関）

　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

代表者名

推　　薦　　書

　茨木市障害者等庁内職場実習の実習生として下記の者を推薦します。

記

１．住　　所　　　茨木市

２．氏　　名

３．生年月日　　　　　　　年　　月　　日（　　　歳）

４．推薦理由

（推薦目的）

５．支援態勢

（実習中の現場支援

の入り方）

**【障害者等庁内職場実習申込者アセスメント票】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 推薦機関名 |  | 記入者 |  |
| ふ り が な |  | 年齢 | 歳 |
| 実習申込者名 |  |
| 障害者手帳有無 | [ ] 有　[ ] 申請予定　[ ] 無 | 手帳種別・等級 |  |
| 障害等による特性・障害名・主に見られる症状・特性　等 | ＜具体的にご記入をお願いします＞ |
| 作業面・集中力・持続性・巧緻性　　等 |  |
| ＜事業所で行っている作業内容について具体的にご記入をお願いします＞ |
| コミュニケーション面・コミュニケーションにおける特性・指示の理解度　等 | ＜事業所での対応について具体的にご記入をお願いします＞ |
| 身体面・発作の有無・持病・ケガ　　等 |  | 現在の状態 |  | 何年も症状は出ていない |
|  | 安定している |
|  | 時々症状（発作）が出る |
|  | 日常的に症状（発作）が出る |
| 服薬の管理 | 本人が管理　・　管理が必要 | 副作用 |  |
| 必要な声掛け | トイレ | 必要　・　不要 | 水分補給　　　　　　　　　　　　　　　 | 必要　　・　不要 |
| 就労意欲 | 本人 | 持っている　・　持っていない　・　分からない |
| 家族 | 持っている　・　持っていない　・　分からない |
| スマイルオフィスへの応募意向確認 | 採用試験への応募を考えている　・　応募は考えていない |
| 上記以外で注意すべき点 |  |

* 同個人情報は就労準備支援事業以外の用途には利用いたしません。