|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **法人名****事業内容確認書【留意事項】**（就労選択支援に期待される役割を果たせる旨を記載） |  | **代表者** | 記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 |
| **事業所名**記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 | 記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 | **所在地**記載日　　　　平成　　年　　月　　日記載者　氏名連絡先電話番号 | 　令和　年　月　日担当者連絡先　 |
| **●就労選択支援事業を実施する目的や理念** |
|  |
| **●アセスメント環境や支援員の確保****（対象者に応じた多様なアセスメント手法や作業場面の確保、アセスメントシートやマニュアルの整****備、過去の就労アセスメント実績等）** |
|  |
| **●地域との連携体制****（協議会や近隣の障害者雇用を実施する企業等との連携）** |
|  |
| **●第三者からの適切な評価****（協議会、市区町村委託相談支援事業者、近隣の就労系障害福祉サービス事業所等）** |
|  |
| **●情報公表の状況（ＷＡＭ　ＮＥＴ等）** |
|  |