|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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）** | | | |
|  | | | |