

就労への移行支援計画(就労前)

移行支援会議・就労移行支援事業所契約時・ふらっと登録時などにお持ちください

名前		住所		電話	
好きなこと・得意なこと					
困っていること・手伝って欲しいこと					
家庭での生活			進路先へ伝えたい事		
主たる支援者 () 趣味・余暇利用・生活の楽しみ					
健康・医療					
気がかりなこと			福祉・地域生活支援		
かかりつけの病院と医師 (科) 病院： 担当医： 電話：			特定相談事業所 事業所名： 担当者： 電話番号：		
(科) 病院： 担当医： 電話：			サービスの利用 (回数・回数・時間など) 今後利用したいサービスなど		
出身学校の役割進路担当者： 卒業時の担任： 電話番号：			手帳 (有・無) ・療育手帳 (A1・A2・B1・B2) ・身体障害者手帳 (種 級) ・精神手帳 (級)		