

休職中の就労系障害福祉サービス利用にかかる意見書（雇用先企業用）

年 月 日

(あて先) 廿日市市長

企業名 _____

所在地 _____

代表者名 _____

※押印不要

次の者の障害福祉サービス利用による復職支援に関する意見は、以下のとおりです。

ふりがな			
-----		生年月日	年 月 日
対象者氏名			

(1) 当該企業による復職支援の実施 (※該当に☑、理由を記入)

 可能 困難 (当該企業による復職支援が時期尚早の場合も含む)

上記理由

(2) 復職にむけて、障害福祉サービス事業所による復職支援を受けることについて、下記のとおり判断いたします。

(※該当に☑、理由を記入)

 適当 不適当

上記理由：