

記載例

(様式2-2-①)

職業能力評価実施依頼書

令和〇年〇月〇日

神奈川県障害者雇用促進センター所長様

機関名 就労移行支援事業所〇〇〇  
代表者職名・氏名 サービス管理責任者〇〇 〇〇

職業能力評価 ( ☐標準評価・ ☒簡易評価 (GATB・VRT) ) を依頼します。

(どちらかに✓をお願いします)

|         |       |                                                                       |
|---------|-------|-----------------------------------------------------------------------|
| 簡易評価の場合 | 実施希望日 | 結果票受取方法                                                               |
|         | 8月18日 | <input checked="" type="checkbox"/> 郵送<br><input type="checkbox"/> 対面 |

|                             |                                                                                                                                                      |          |              |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|--------------|
| 機関名                         | 就労移行支援事業所 〇〇〇                                                                                                                                        | 電話番号     | 045-633-xxxx |
| 住所                          | 神奈川県横浜市中区寿町1-4 かながわ労働プラザ〇〇5                                                                                                                          | 担当者職名・氏名 | 就労支援員 〇〇 〇〇  |
| 依頼理由<br>(支援計画・支援の方向性など具体的に) | 4年前の脳出血受傷後、現在、左下肢麻痺と高次脳機能障がい（主に記憶障がい）の症状が残っている。また術後にてんかんを発症。以前の職業に戻ることは困難であり、既に離職している。事業所のアセスメントに加え、第三者の職業能力評価結果を本人と共有することで、今後の就労支援の幅を広げていきたいと考えるため。 |          |              |

【対象者情報】 (評価を受ける方)

|        |                            |                                                                                                                                                                                                        |                                                          |
|--------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ふりがな氏名 | かながわ きんたろう                 | 昭和〇〇年〇月〇日生 (39歳)                                                                                                                                                                                       |                                                          |
|        | 神奈川 金太郎                    |                                                                                                                                                                                                        |                                                          |
| 住所     | 神奈川県〇〇市〇〇区3-2 プレハウスステージ201 | 電話番号                                                                                                                                                                                                   | 045-210-xxxx                                             |
| 障がい    | 内容                         | <input checked="" type="checkbox"/> ア 身体障がい ( <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input checked="" type="checkbox"/> 肢体 <input type="checkbox"/> 内部 ) |                                                          |
|        |                            | (診断名: 左下肢機能障がい (脳出血後遺症) )                                                                                                                                                                              |                                                          |
|        |                            | <input type="checkbox"/> イ 知的障がい (診断名: )                                                                                                                                                               |                                                          |
|        | 手帳                         | <input checked="" type="checkbox"/> ウ 精神障がい (診断名: 高次脳機能障がい (脳出血後遺症) ・てんかん )                                                                                                                            |                                                          |
|        |                            | <input type="checkbox"/> エ その他 (内容: )                                                                                                                                                                  |                                                          |
|        |                            | 補装具の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 内容 ( T字杖使用 )                                                                                                                   |                                                          |
| 最終学歴   |                            | 〇〇高等学校 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退                                                                                                                              | 職歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |

※記載いただいた個人情報は、職業能力評価の目的以外には一切使用いたしません。

《 本人同意欄 》

次の事項について同意します。

- 目的外使用をしないことを確認のうえ、様式2-2-①, ②の内容を提供すること
- 上記の機関から神奈川県障害者雇用促進センターへ、職業能力評価の実施を依頼すること  
また、依頼に際し必要な情報を提供すること
- 神奈川県障害者雇用促進センターから上記の機関へ、評価結果を送付又は説明すること

令和〇年〇月〇日

氏名 (直筆) 神奈川 金太郎

(未成年の方)

(続柄)

保護者氏名 (直筆)

記載日をいれてください。記載後は、速やかにご郵送ください。

簡易評価をご希望の場合は、  
①事前受付で決定した日をご記載ください。(ホームページ簡易評価スケジュール表、参照)  
②結果票の受取方法にチェックを入れてください。

現在出ている診断名をすべてご記載ください。

プルダウンよりお選びください。

アルバイト・パートを含めた職歴です。