

# 記載例

(様式2-2-①)

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。

## 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** ○○○  
代表者職名・氏名 **サービス管理責任者** ○○ ○○

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)

機関名	<b>就労移行支援事業所</b> ○○○	電話番号	<b>045-633-xxxx</b>
住所	<b>神奈川県横浜市中区寿町1-4 かながわ労働プラザ</b> ○○5	担当者職名・氏名	<b>就労支援員</b> ○○ ○○
依頼理由 (支援計画・支援の方向性など具体的に)	<b>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。</b>		

### 【対象者情報】 (評価を受ける方)

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

アルバイト・パートを含めた職歴です。

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)