

## 障害福祉サービスに係る情報提供書（復職支援型）

作成年月日 年 月 日

氏名		生年月日	
住所			
休職期間 (現在)	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
休職期間 (最長)	令和 年 月 日 まで（最長で認められる休職期間）		
1、貴社による復職支援の実施は可能であるか（否の場合は2へ）			
可 ・ 否			
2、休職から復職を目指すにあたり、障害福祉サービスの利用を認めるか。			
認める ・ 認めない			
認めない場合の理由			
会社名：			
所在地：			
連絡先：			
担当者名：			
印			