

障害福祉サービスに係る情報提供書（労働時間延長支援型）

作成年月日 年 月 日

氏名		生年月日	
住所			
勤務形態	正社員 ・ 契約社員 ・ パート ・ アルバイト 他（ ）		
勤務時間	月	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分
	火	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分
	水	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分
	木	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分
	金	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分
	土	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分
	日	: 午前・午後	時 分 ~ 午前・午後 時 分

(※労働契約書での添付可能)

1、 今後、貴社での勤務時間を増やすことを認めるか。(認める場合は2へ)

認める ・ 認めない

認めない場合の理由

2、 勤務しながら、障害福祉サービスの併用を認めるか。

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