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   1. 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 | | | |