

社会生活状況確認票

※該当する項目の□に✓をいれてください。 応募者氏名 _____

1 現在、あなたの日常生活を支援している機関はありますか。※主治医とハローワークは除く

有 無

※「有」とした方は3、「無」とした方は4について記入を依頼してください。

2 1で「有」とした方、具体的な支援機関にチェックしてください。(複数回答可)

障害者職業センター 障害者就業・生活支援センター 就労支援センター

就労移行支援 就労継続A型 就労継続B型 デイケア(医療機関)

地域活動支援センター その他 (_____)

3 1で「有」に✓を入れた方は、以下の項目に関して、最も身近な支援機関の方(2でチェックした中の1機関)に記入を依頼してください。

(1) 現在の支援機関

支援機関名	
記入(担当者)	所属・職名： 氏 名：
支援機関住所	
電話番号	

(2) 現在の状況

障害の状態(記入例：障害や症状の安定性、通院状況、最近(概ね6か月)の精神面などについて具体的に記入してください。)

支援機関における活動状況(記入例：就職活動の取組状況や活用状況などを記入してください。)

生活上の配慮事項（記入例：健康管理上の留意点、睡眠、食事、服薬、疲労感、コミュニケーション、生活リズム、人間関係（家族関係含）など配慮が必要な項目について具体的に記入してください。

4 1で「無」に✓を入れた方は、身近な方（親、兄弟、主治医、学校の先生等）に記入を依頼してください。

（1）記入者

氏名	
応募者との関係	
住所	
電話番号	

（2）現在の状況

障害の状態（記入例：障害や症状の安定性、通院状況、最近（概ね6か月）の精神面などについて具体的に記入してください。）

最近の日中の活動状況（記入例：日中の過ごし方について、できるだけ詳しく記入してください。）

生活上の配慮事項（記入例：健康管理上の留意点、睡眠、食事、服薬、疲労感、コミュニケーション、生活リズム、人間関係（家族関係含）など配慮が必要な項目について具体的に記入してください。

※記載された内容について、応募者本人が確認してから自署してください。

氏名（自署）_____

個人情報については、「個人情報の保護に関する法律」第五章「行政機関等の義務等」に基づき、適切に取り扱い、入校選考及び訓練実施上必要な目的以外に使用することは一切ありません。