障害福祉サービスの利用に関する同意書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日

下記の者について、当社による復職支援の実施が困難であり、復職のために

就労系障害福祉サービスによる復職支援を受けることに同意します。

対象者 　　　　氏名 　　　　　　　　　　　　　　　

生年月日

事業主名称 名称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　住所

担当者

　　　　連絡先電話番号

留意事項

＊本同意書は、管理者または人事・労務等の担当者様がご記入ください。

【提出・問い合わせ先】

〒171-8422

東京都豊島区南池袋2-45-1

豊島区役所　障害福祉課

* 身体障害者支援グループ

電話　03-3981-2141

* 知的障害者支援グループ

電話　03-3981-1853

* 精神障害者福祉グループ

電話　03-3981-1988