TSUNAGUみと調査票

⑩就労定着支援

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 事業所番号 |  | |
| 所在地 | 〒 | |
| 電話／FAX | (電話)　　　　　　　　　　　　(FAX) | |
| メールアドレス |  | |
| ホームページ | あり　　　なし | |
| 法人・会社名 |  | |
| 主たる対象の障害種別 | 身体障害　　知的障害　　精神障害 | |
| 営業日 | （例）（月）～（金）ただし祝祭日および当事業所指定の日を除く | |
|  | |
| 営業時間 | （例）9:00～17:00 |  |
| 併設している事業所 | 併設なし  就労移行支援  就労継続支援A型  就労継続支援B型  計画相談支援 | |
| 事業所の紹介  （130字以内） |  | |