

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・労務等の担当者様をご記入ください。

【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