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、当院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が適当と判断する。

対象者 　　　　氏名 　　　　　　　　　　　　　　　

生年月日

対象者の休職期間　　　　　年　　月　　日　～　　　年　　月　　日（予定）

医療機関 名称 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　住所

主治医

　　　　連絡先電話番号