

就労継続支援A型事業における評価結果報告書

提出年月日 年 月 日

区保健福祉センター所長

届出者 所在地
事業者名
代表者名

下記のとおり、就労継続支援A型事業にかかる評価結果を報告します。

対象者名		生年月日	
サービスの種類	就労継続支援A型事業（ 暫定支給決定を経ない場合に該当 ）		
アセスメント期間	年 月 日	～	年 月 日
事業所番号		事業所名	
評価実施者 (サービス管理責任者)			
評価結果	当該サービスの利用に係る適否 <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 (理由)		
添付書類	<input type="checkbox"/> 1 就労系アセスメントシート（大阪市標準様式） <input type="checkbox"/> 2 個別支援計画 <input type="checkbox"/> 3 個別支援計画に基づく支援実績及び評価結果		

※区保健福祉センター処理欄

サービス利用の適否	<input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 否
備考欄	