令和　年　月　日

アセスメント実施結果連絡票

支援対象者本人又は保護者

○○○○○○　様

アセスメント実施事業所：○○○○○○○○○

役職　　　　　氏名

以下の支援対象者については、アセスメントの結果、就労継続支援B型事業の利用が、（　適当　・　不適用　）である考えます。

支援対象者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 |  | 生年月日 | 　　　年　　月　　日（　　歳） |
|  |