（様式第3号）　　（H28.4.1）

職場支援員名簿

職場支援員番号	（ふりがな） 職場支援員氏名 （生年月日）		（ていちゃく いちろう） 定着　一郎 ○○　年 ○○　月　○○　日	配置方法	1. 雇用 2. 業務委託 3. 委嘱	1の場合 職場支援員の雇用保険被保険者番号	○○○○−○○○○○○−○
						2，3の場合 所属法人名称	
	職場支援員の該当資格等 （該当するものに○を付し、必要事項を記入していくください。）		i）次の資格等を所持（該当する資格に○を付してください。）				
		○	精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、（独）高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修（訪問型・１号）修了者、同（企業在籍型・2号）修了者				
			ii）特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績				
			事業所名： 期　間：　～　年　か月		連絡先：		
			iii）障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績				
			事業所名： 期　間：　～　年　か月		連絡先：		
			iv）障害者職業生活相談員　（資格取得年月日　年　月　日）				
			事業所名： 期　間：　～　年　か月		連絡先：		
			v）法定必置規定内の産業医以外の医師				
			支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医以外の者であるか。			ある　・　ない	
	国等の委託事業費から人件費が支払われているか					いる　・　いない	
	国等からの補助金（助成金を含む）から人件費全部が支払われているか					いる　・　いない	

職場支援員番号	（ふりがな） 職場支援員氏名 （生年月日）		（　年　月　日）	配置方法	1. 雇用 2. 業務委託 3. 委嘱	1の場合 職場支援員の雇用保険被保険者番号	
						2，3の場合 所属法人名称	
	職場支援員の該当資格等 （該当するものに○を付し、必要事項を記入していくください。）		i）次の資格等を所持（該当する資格に○を付してください。）				
			精神保健福祉士、社会福祉士、作業療法士、臨床心理士、産業カウンセラー、看護師、保健師、障害者職業カウンセラー、（独）高齢障害求職者雇用支援機構又は厚生労働大臣が指定する養成機関が実施する職場適応援助者養成研修（訪問型・１号）修了者、同（企業在籍型・2号）修了者				
			ii）特例子会社・重度障害者多数雇用事業所での障害者支援実績				
			事業所名： 期　間：　～　年　か月		連絡先：		
			iii）障害者の就労支援機関での障害者の就業に関する相談実績				
			事業所名： 期　間：　～　年　か月		連絡先：		
			iv）障害者職業生活相談員　（資格取得年月日　年　月　日）				
			事業所名： 期　間：　～　年　か月		連絡先：		
			v）法定必置規定内の産業医以外の医師				
			支援員は労働安全衛生法第13条に基づく産業医以外の者であるか。			ある　・　ない	
	国等の委託事業費から人件費が支払われているか					いる　・　いない	
	国等からの補助金（助成金を含む）から人件費全部が支払われているか					いる　・　いない	