

佐賀県難病患者就労支援事業所等登録証取組状況報告書

佐賀県健康福祉部健康増進課長 様

事業所等名：
 代表者（職・氏名）：

所在地	〒		
連絡先	TEL :	FAX :	担当者名 :
従業員数	女性 人 / 男性 人 / 合計 人		
	従業員数のうち難病患者（見込み）		
	女性 人 / 男性 人 / 合計 人	（平成 年 月 日現在）	

1 取組状況（実施した項目に○、または、「その他」に記入ください。）

(1) 難病に対する理解・普及啓発の取組 （※ 参考となる資料等があれば添付してください。）

- ①難病に関する各種チラシ等の設置やポスター掲示
- ②難病に関する各種研修会や講演会等への参加
- ③難病患者の就労支援に係るシンポジウムやセミナー等への参加
- ④職場内での難病に対する勉強会等の開催
- ⑤難病に関する事業所独自企画の展開（内容： _____）
- ⑥その他（内容： _____）
- ⑦特になし

(2) 難病患者の就労支援

- ①職場見学・体験 ②通院、通勤の配慮 ③勤務時間等の配慮
- ④相談担当者の配置 ⑤専門機関との連携
- ⑥施設・機械改善等の配慮
- ⑦就労に関する各種制度や助成金等の利用（内容： _____）
- ⑧その他（内容： _____）
- ⑨特になし

2 取組みの予定

(1) 難病患者を雇用する予定はありますか。

- ①雇用する予定がある ②雇用について相談等があれば検討可能
- ③今のところ雇用する予定はない

(2) その他、今後取り組みたいことについて下記に記入ください。

御協力ありがとうございました。