

## 復職支援に係る確認書

令和 年 月 日

(宛先) 春日井市長

企業名

次の者について、当企業において復職支援を実施することが困難であり、障がい福祉サービスによる復職支援を受けることにより復職することが適当であると判断します。

氏 名

生年月日

休職期間

備考

担当者・連絡先：