

支援を要する学生のためのインターンシップ

個別カウンセリング



一般高校や大学など在学中の支援を要する学生・生徒を対象に個別カウンセリングを実施しております。

「支援を要する学生・生徒のインターンシップ」参加希望者は必ずこの専門相談を受けて下さい。



対 象

- ・「働くのってハードルが高く自信がない」
「卒業後の仕事のイメージがつかない!」と悩んでいる学生・生徒の皆さんやその家族
- ・「学校からどんな送りだしができるの?」
「支援を受けての就労制度ってどんな仕組み?」
「障がい理解をどう伝えるの?」と情報がなく、悩み多き学校の進路やキャリア支援担当者
- ・職場実習を希望する方



内 容

就業支援の専門家がお話を伺い、相談者とともに問題解決の糸口を見つけ解決に繋がられるよう段階を経て相談支援を行います。



相談対応者

キャリアカウンセラー・相談支援専門員・精神保健福祉士・社会福祉士・公認心理師 等 経験豊富な人材



相談体制

開設日：月～金曜日の午後
方 法：原則対面相談
(できない場合は電話相談・Zoom/LINE・メール相談 など)
時 間：60分程度/回
費 用：無料



相談申込

申込予約：裏面の申込用紙でメール・FAXにてお申し込み下さい。

後日確定した相談日時をご連絡します



場 所

大阪障害者雇用支援ネットワーク事務所
(エルおおさか4F)
能力開発施設(大阪市職業リハビリテーションセンター・大阪市職業指導センター)等 で実施

就業支援専門相談（カウンセリング）申込用紙

申込日 年 月 日

支援を要する学生・生徒の専門相談を申し込みます。

<学校記入欄>

学校名	大学・高校・専門学校・（ ）	
学校担当者	所属部署：	氏名：
所在地	〒	
連絡先	電話	FAX
	Mail：	

<学生・生徒欄>

学生生徒 情報	(よみがな)	学部・学科・コース：
	氏名	() ()年生 ()歳
	住所 (市町村のみ) ()市在住	
	手帳の有無： 有 ・ 無	診断： 有 ・ 無
	電話	FAX
	Mail：	
備考	* 主な相談内容 * 支援（配慮）を必要とする具体的状況	
相談者	○をつけて下さい ① 学生・生徒（氏名 ） ③ 教職員（氏名 ） ② 家族（氏名 ） ④ その他（ ）	
相談 希望日	第1希望 月 日（ ） 時～	第2希望 月 日（ ） 時～

相談日はご希望に添えない場合があります。調整のうえご連絡します。

*** Mail : o-isc@onyx.dti.ne.jp か FAX : 06-6949-1256でお送り下さい。**

※当該事業は、「はたらく障がい者なんでも相談センター」と連動して実施します。また相談により提供頂いた個人情報は、守秘義務に則り当該事業に関するもの以外への使用は致しません。

※右のQRコードからもお申し込みができます。

