

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
？」「障がい理解についてどう伝えるの？」
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、相談者にと
もに問題解決の糸口を見つけ解決に繋がられ
るよう会談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
対応・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

〒540-0031 大阪府中央区北浜東 3-14 エル大阪 4F

主催 認定特定非営利活動法人大阪障害者雇用支援ネットワーク

E-mail : o-isc@onyx.dti.ne.jp (担当：乾、嶋田、井上、今西)

TEL : 06-6949-0350 FAX : 06-6949-1256

申込用紙

お問い合わせ 裏面へ

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： () () 年生 () 歳	
	氏名		
	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 保護者・家族（氏名 ） ④ その他（ ）		
相談 希望日	第1希望 第2希望 月 日 () 時～ 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。