

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籍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

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（応相談）
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

専門相談は学校担当部署からの申込となります
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）

その他能力開発施設（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・日本ライトハウス
等）で実施

〒540-0031 大阪府中央区北浜東 3-14 エルおおさか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、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：
	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 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。