

# 同意書

私 \_\_\_\_\_ (以下、乙)は、NPO 法人長崎県在宅者・就労支援ネットワーク(以下、甲)が行う「障害者等在宅就労支援事業」(以下、本事業)の在宅ワーカーを希望し、下記内容の項目に同意し、それを証するために署名押印し、申込書と一緒に甲に提出します。

なお、原本は甲にて保管し、複写1枚は乙が保管いたします。

注1) 障害者等在宅就労支援事業の対象者は、障害のある人、難病患者、ニート・ひきこもりの若者、母子家庭の方とします。

注2)・在宅ワーカー……在宅で在宅ワークをする人(乙のこと)

## 同意内容

1. 甲は、在宅ワーカーの就労を支援するものであり、乙の在宅ワーカーに高収入や定期的な仕事を約束するものではないことを了解いたします。
2. 乙は、自らの病状や健康面は自己管理を原則とし、仕事上における病状悪化等に関して、甲に、なんら責任を転嫁することはありません。
3. 乙が、在宅での仕事を開始するにあたり、主治医がいる場合は必ず主治医に相談し、就労の了解を得ることとし、その旨を速やかに、甲に届けることとします。(届出方法は、メール又はFAX、文書から選択する。)
4. 乙が、症状の悪化等により仕事継続困難等の状況が生じた時、甲が判断した場合、乙の同意を得た上で(乙の同意が不可の場合は保証人の同意)主治医の意見を求めることを承諾します。
5. 乙は、在宅環境等に変化が生じ、作業の続行が困難だと自己判断した場合には、速やかにその旨を甲に連絡します。
6. 乙は、本事業の目的から逸脱する状況になった場合(例:母子家庭で申し込んだが子どもが成長し定職に就いた。県外に転居した。など)は、速やかに、甲に届けます。
7. 甲は、乙と連絡が取れにくい状況に備え、乙は保証人(親族・成年後見人、理解者、等々)を立て、保証人の氏名と連絡先を甲に知らせます。

(甲)NPO 法人長崎県在宅者・就労支援ネットワーク  
理事長 村上 清 様

平成 年 月 日

(乙)本人氏名 \_\_\_\_\_ (印)

保証人氏名 \_\_\_\_\_ (本人との続柄)

住所 \_\_\_\_\_ (連絡がとれるところ)

電話 ( \_\_\_\_\_ ) (乙不在の場合、連絡がとれる番号)

**\* 本同意書は、個人情報保護のため目的外使用はしません。**