

障 号 外
令和 8 年 9 月 15 日

生活介護事業所	}	管理者 様
自立訓練（機能訓練・生活訓練）事業所		
就労定着支援事業所		
就労移行支援事業所		
就労継続支援（A 型・B 型事業所）		

岩手県保健福祉部障がい保健福祉課総括課長

第 7 期障がい福祉計画に係る就労移行等調査（令和 7 年度）の実施について（照会）

日頃から、本県の障がい保健福祉施策の推進に特段の御協力をいただき、感謝申し上げます。

さて、本県の障がい者の一般就労の状況を把握するため、標記調査を行いますので、**別紙様式により 9 月 28 日（月）までに、下記によりメール**にて御回答願います。

お忙しい中誠に恐縮でございますが、御協力の程よろしくお願いいたします。

1 調査対象

令和 8 年 3 月 31 日時点で登録のある事業所・施設

2 御回答の送信先メールアドレス

AD0006@pref.iwate.jp

※ 送信の際は、件名を「就労移行等調査（回答）」として送信をお願いします。

担当：障がい福祉担当 千田 メール：AD0006@pref.iwate.jp TEL：019-629-5447
