

			Vahinkonumero
<b>1. Henkilötiedot</b>	Nimi		Henkilötunnus
	Osoite		
	Puhelinnumero		
<b>2. Työnantajan yhteystiedot</b>	Yrityksen nimi		
	Yhteyshenkilö työpaikalla		Puhelin
	Yhteyshenkilön sähköpostiosoite		
	Lähiosoite		Postinumero ja -toimipaikka
<b>3. Työhönvalmennus</b>	Alkamispäivä	Päätymispäivä	Työaika
	Uusi työnkuva ja siinä tarvittavat tiedot ja taidot		
	Lisä- ja täydennyskoulutuksen tarve, koulutuksen järjestäjä, ajankohta ja hinta		
	Maksaako työnantaja työhönvalmennuksen ajalta palkkaa? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Työpaikalla tapahtuva oppiminen (konkreettiset työtehtävät, perehdyttäjät)		
<b>4. Seuranta työhönvalmennuksen aikana</b>	Kuka vastaa seurannasta työhönvalmennuksen aikana työpaikalla? (yhteyshenkilön nimi ja yhteystiedot)		
	Onko mahdollista järjestää työterveyshuollon seuranta työhönvalmennuksen ajaksi? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Työterveyshuollon yhteystiedot		
<b>5. Työllistyminen ja palkkataso</b>	Onko työnantajalla mahdollisuus työllistää kuntoutuja työhönvalmennusjakson jälkeen? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei		
	Palkka-arvio (€/kk)		
<b>6. Lisätietoja</b>			
<b>7. Päiväys</b>	Paikka ja aika		
	Lomakkeen täyttäjä		