

## 令和5年度愛媛県障がい者ピアサポート研修（専門研修） 受講申込書

令和 年 月 日

一般社団法人愛媛県精神保健福祉士会  
会長 菊地 健 様

所属する事業所又は部署  
所属長の職氏名

次の者に標記研修を受講させたいので推薦者として下記内容に責任を持って申し込みます。

### 1 所属事業所

所 属	事業所の名称	法人名				
		事業所名			連絡 担当者	
	事業所所在地 及び連絡先	〒 —				
		TEL			FAX	
	事業所の サービス種 別				E-mail	
	ピアサポ ート関係加算	取得する 加算名			取得時期	令和 年 月
		※未定の場合は、左欄の未定を○で囲んでください。→				未定
		※以下は、 <b>就労継続支援B型事業所</b> のみお答えください。↓				一律に評価する報酬 体系を
		ピアサポート実施加算は、「『利用者の就労や生産活動等への参加等』をもって一律に評価する報酬体系」を選択していることが必要です。 基本報酬の状況について、該当する番号を○で囲んでください。				
					1 選択済	
				2 選択予定		
				3 検討中		

## 2 推薦する研修受講者

### (1) 雇用している障がい者（雇用見込を含む）

ふりがな		生年月日	昭和 ・ 平成
受講者の氏名			年 月 日
受講者の住所及び連絡先	〒 — TEL : ※E-mail :		
障がい種別	(該当するものを○で囲んでください。) 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 高次能 ・ 難病		
雇用年月日 (予定を含む)		職種	
ピアサポーター 活動状況	(事業所における活動状況、活動年数などを記入してください。)		
必要な配慮事項	(電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。)		
基礎研修受講年度			
備考			

### (2) ピアサポーターと協働して支援を行う者（事業所の管理者等）

ふりがな		生年月日	昭和 ・ 平成
受講者の氏名			年 月 日
受講者の住所及び連絡先	〒 — TEL : ※E-mail :		
必要な配慮事項	(電動車椅子使用、介助者同行など具体的に記入してください。)		
基礎研修受講年度			
備考			

### 3. 受講日について 該当する欄を選択してください。

<input type="checkbox"/> 1. 両日とも受講可能	<input type="checkbox"/> 2. 指定日のみ受講可能
--------------------------------------	---------------------------------------

※研修に関する連絡事項等は、記載いただいたメールアドレスにお送りします。

※氏名・勤務先を記載した受講者名簿を受講者間の交流や情報交換を目的として、全受講者に配付しますので、御承知おきください。

※差し障りのある方は、備考欄にその旨御記入ください。