



## 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 【事業所所在地、連絡先と同じ場合は記載不要】	〒 —  TEL : ※E-mail :		
障がい種別	(該当するものを○で囲んでください。) 身体障がい 知的障がい 精神障がい 高次脳機能障がい 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。)		
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 【事業所所在地、連絡先と同じ場合は記載不要】	〒 —  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。)		
備考			

※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。