

令和6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	〒 ー			
		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		
○ピアサポート体制加算 自立生活援助、計画相談支援、障害児相談支援、地域移行支援、 地域定着支援 ○ピアサポート実施加算 就労継続支援B型、自立訓練（機能訓練・生活訓練）、共同生活援助 （移行支援住居の利用者、退居後共同生活援助の利用者）					

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。)		
基礎研修受講年度	※いずれかに○を付けてください。令和3年度・令和4年度・令和6年度修了予定		
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。)		
基礎研修受講年度	※いずれかに○を付けてください。令和3年度・令和4年度・令和6年度修了予定		
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。