

令和6年度 佐賀県障害者ピアサポート研修（基礎・専門研修） 受講申込書

○事業所等からの所属証明及び推薦（必須）（法人印・事業所印でおねがいします。個人の私印は認められません）
 ・実施要綱を確認し承諾の上、下の申込者が当事業所に所属することを証明するとともに研修受講について推薦します。

施設又は事業所 所在地及び名称	所在地： 名称：
代表者氏名	役職 氏名 印

申込担当者 氏名 _____

電話番号 _____

○申込者（太枠内の記載は必須です）

※ 受講対象者については、実施要綱を必ず確認ください。

ピアサポーター	フリガナ		写真をはる位置 (印刷でも可) 1. 縦 36~40 mm 横 24~30 mm 2. 本人単身 胸から上 3. 裏面のりづけ	管理者等	フリガナ		写真をはる位置 (印刷でも可) 1. 縦 36~40 mm 横 24~30 mm 2. 本人単身 胸から上 3. 裏面のりづけ
	名前				名前		
	生年月日	昭和・平成 年 月 日			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	障害種別	身体・知的・精神・難病 ・その他 ()			役職・業務内容		
役職・業務内容							

事業所名			
事業所種別	<input type="checkbox"/> 特定相談支援 <input type="checkbox"/> 地域定着支援 <input type="checkbox"/> 共同生活援助 <input type="checkbox"/> 自立訓練（生活訓練）	<input type="checkbox"/> 障害児相談支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援A型 <input type="checkbox"/> 自立生活援助 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 地域移行支援 <input type="checkbox"/> 就労継続支援B型 <input type="checkbox"/> 自立訓練（機能訓練）
事業所（送付先）	〒 - ※事業所名まで記載してください。		
E-mail			
当日連絡先	電話番号： ()	※受講者に連絡のつく、電話番号を記載	

申込受付期間： 令和6年12月4日（水）【必着】

・ご提出いただいた申込書等に記載された個人情報については、佐賀県、委託先と共有し、適正な管理を行います。

申込書 郵送先（郵送または持参） 〒841-0066 佐賀県鳥栖市儀徳町 3262-1

メール及びFAXは不可

しょうがい生活支援の会すみか 行

合理的配慮等についての申請書 (ピアサポート研修)

- 合理的配慮等が必要な方のみ申込時に提出してください。
- 返答については、個別に連絡させていただきます。
- 特にピアサポート研修実施要綱の10. 研修修了の認定条件に不安のある方はその理由を記載してください。

(できるだけ十分な対応ができるようご協力ください。申請書がない場合に合理的配慮を行わない
といった趣旨ではございません。)

氏名	事業所名
<p>心配な事がある場合は <input type="checkbox"/> にチェックを入れて、具体的な内容を記載してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 会場・座席について、<input type="checkbox"/> カリキュラムや休憩時間について</p> <p><input type="checkbox"/> 資料について、<input type="checkbox"/> 研修の修了要件について、<input type="checkbox"/> その他</p> <p>(具体的な内容)</p>	
回答の連絡先 (事務局から回答する際の連絡先を記載ください)	
<input type="checkbox"/> 電話、 <input type="checkbox"/> FAX、 <input type="checkbox"/> E-mail	
事務局記載欄	