

令和7年度 佐賀県障害者ピアサポート研修（フォローアップ研修） 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：	申込担当者 氏名
代表者氏名	役職 氏名 印	電話番号

○申込者（太枠内の記載は必須です）
（実施要綱を必ず確認ください。ピアサポーターをすでに雇用しているか、雇用の予定のある事業所の方のみ受講できます）

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
	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	☐ 特定相談支援 ☐ 障害児相談支援 ☐ 地域移行支援 ☐ 地域定着支援 ☐ 就労継続支援A型 ☐ 就労継続支援B型 ☐ 共同生活援助 ☐ 自立生活援助 ☐ 自立訓練（機能訓練） ☐ 自立訓練（生活訓練） ☐ その他（ ）		
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7年11月14日（金）【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9. 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おこなわないといった趣旨ではございません。）

氏名	事業所名
心配な事がある場合は ☐ にチェックを入れて、具体的な内容を記載してください。 ☐ 会場・座席について、☐ カリキュラムや休憩時間について ☐ 資料について、☐ 研修の修了要件について、☐ その他 (具体的な内容)	
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） ☐ 電話、☐ FAX、☐ E-mail	
事務局記載欄	