令和5年度　福岡県障がい者ピアサポート研修　受講申込書

福岡県障がい者ピアサポート研修に以下の通り申込みます。

記入日	令和　　年　　月　　日

設置主体(法人)名称			
当事者等が従事する予定の事業所等の状況	事業所	名称	
		サービス種類 ※いずれか一つに○を記入。	1. 計画相談支援　2. 障がい児相談支援　3. 地域移行支援 4. 地域定着支援　5. 就労継続支援Ａ型　6. 就労継続支援B型
		所在地	〒　　―
		県域 ※いずれか一つに○を記入。	福岡　北九州　筑豊　筑後
	担当者	氏名	
		電話番号	―　　―
		E-mailアドレス	@
	受講決定通知書等送付先FAX番号		―　　―
加算(相談・就B)、スコア(就A)の取得状況 ※いずれか一つに○を記入。	1. 加算、スコア取得済 2. 経過措置 3. 取得予定(時期:令和　　年　　月)		同一事業所で複数申込みする場合の優先順位　　位／　　件

【受講希望者情報】 ※当事者と支援者の2人１組で申込みを行ってください。当事者のみ、支援者のみでの申込みはできません。

	受講希望者詳細			
当事者	フリガナ		生年月日(西暦)	
	受講者氏名		年　月　日	
	携帯電話番号	―　　―		
	ピアサポーターの雇用状況 ※いずれか一つに○を記入。	1. 雇用されている　(常勤・非常勤、従事期間:　年　ヶ月) 2. 今後、雇用される予定　(予定時期:令和　年　月) 3. 雇用される予定はない		
	障がいの領域 ※該当項目に☑を記入。	□身体　□知的　□精神　□発達　□高次脳機能　□難病　□その他		
	配慮の希望			
支援者	フリガナ		生年月日(西暦)	
	受講者氏名		年　月　日	
	携帯電話番号	―　　―	役職	

◆本研修の申込みで知り得た個人情報は、本研修関連業務以外には使用しません。

【申込方法】

「受講申込書」(本紙)及び「受講対象者であることの確認書類」(当事者のみ)を下記までご郵送ください。

◎送付先:

〒862-0926　熊本県熊本市中央区保田窪 1-10-38　　TEL:096-213-1600　FAX:096-213-1601

一般財団法人 保健福祉振興財団　熊本支部　　福岡県障がい者ピアサポート研修　係

◎申込締切:令和5年11月17日(金)※消印有効