

令和6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 7. 共同生活援助 8. 自立生活援助 9. 自立訓練				
		所 在 地	〒				
		圏 域 ※いずれか一つに○を記入。	福岡 北九州 筑豊 筑後 久留米				
	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 / 組		

【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、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6年11月18日(月)**※消印有効