**令和５年度和歌山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**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所種別（対象に〇） | 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、就労継続支援B型 |
| 事業所住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 申込み担当者 |  |

**〇受講希望者**

＊原則、ピアサポーター（障害者等）と支援者等の2人１組でお申し込みください。

＊ピアサポーター2名以上のお申込みも可能です。

＊修了証書の受講区分欄について、「障害者等」「支援者等」と記載をしますのでお間違えの無いようお願いいたします。

**【ピアサポーター（障害者等）】**

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

障害種別　□身体　□知的　□精神　□発達　□高次脳　□難病　□その他（　　　　　　　　　 ）

**【ピアサポーター（障害者等）】**

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

障害種別　□身体　□知的　□精神　□発達　□高次脳　□難病　□その他（　　　　　　　　　 ）

**【支援者等】**

フリガナ

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 生年月日　昭和・平成　　年　　月　　日

役職

**〇以下の項目にお答えください**

・現時点でのピアサポーター雇用状況（予定含む）

☐雇用している　☐今後雇用を予定している　☐雇用予定はなく検討中

・加算取得状況

　□体制加算取得済み　□実施加算取得済み（就Ｂのみ対象）　□体制加算及び実施加算取得済み

□取得してない

　※加算に関しては実施要領Ｐ３をご覧ください

・本研修の受講目的

☐事業所での質の高いピアサポート活動の実現に向け、ピアサポーター及び協働する専門職の養成を図

るため。

☐その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

・研修受講に当たっての配慮事項

☐配慮してほしいこと無

☐配慮してほしいこと有（具体的に：　　 　 　　　　　　 ）

**申 込 先：医療法人宮本病院 地域生活支援センター櫻**

**メール****w.peer.sakura@gmail.com**

**申込〆切：令和６年１月５日（金）１７時**