**障がい者ピアサポート研修申し込み先：地域生活支援センターすみよし行**

**FAX：０９８５－３０－２５２９**

**令和５年度　障がい者ピアサポート**

**基礎研修・専門研修　研修参加申込書**

法人名等：

事業所名称：

事業所種別（主なサービス１つに〇をつけてください）：計画相談支援／障がい児相談支援

／地域移行支援／地域定着支援／自立生活援助／就労継続支援B型／その他（　　　　　　　）

事業所住所：〒

事業所電話番号：

メールアドレス：

**※申し込みはピアサポーターと専門職の2人1組でお願いします。**

1. ピアサポーター申し込み　　　　　　　　　　　ピアサポーターの障害領域　※該当にすべて☑

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　□身体　□知的　□精神　□難病　□高次脳

フリガナ

受講希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：昭和・平成　　年　　月　　　日

1. 専門職申し込み

フリガナ

受講希望者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　生年月日：昭和・平成　　年　　月　　　日

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

（※現時点の状況（予定）を下記より１つ選択し☑をお付けください）

☐雇用している　☐今後雇用を予定している　☐雇用予定はないがいずれ雇用したいと思っている

☐雇用予定はなく検討中

●本研修の受講目的を教えてください。該当する項目に☑をお付けください。

☐既にピアサポート体制加算又はピアサポート実施加算を算定しており、引き続き加算算定を目指すため。

☐今後、ピアサポート体制加算又はピアサポート実施加算の算定を目指しているため。（現在は未算定）

☐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配慮すべき事項等

☐配慮してほしいことは無　☐配慮してほしいこと有（以下も選択）

（　　）1．車いす　　（　　）2．手話通訳　　（　　）3．要約筆記　　（　　）4．点字資料

（　　）5．その他（具体的に内容記載）【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】

●介助者の有無（有・無）

※個人情報の取り扱いについて、取得する個人情報は本研修会に関する件のみに利用します。

**申し込み締め切り：令和５年６月２７日（火）**