

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○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

② 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）