

岡山県障害者ピアサポート研修(フォローアップ研修) 受講者推薦及び申込書(様式1)(手書き用)

枠線内に必要事項を記入してください。

令和 6 年 月 日

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します。

法人名		※1 現在の事業所についてお答えください	
事業所名		①	既にピアサポート加算を受けている事業所である
サービス種類		②	障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上、事業所で行われているまたは、行う体制が整っている
① 就労継続支援B型の事業所は該当する算定区分を下記から選択してください	I・II・III・IV・V・VI	② ①でI・II・IIIを選択された事業所は今後、IV・V・VIを算定予定かお答えください	・予定している ・予定していない
代表者職氏名		③	申込者をピアサポーターとして職場に配置している
事業所住所		④	申込者をピアサポーターとして職場に配置を予定しており、本人も了承している(年度内配置、雇用も含む)
メールアドレス		⑤	申込者をピアサポーターとして職場に配置を予定しており、本人も了承している(来年度以降配置、雇用も含む)
事業所電話番号			
事業所FAX番号			

当事者を複数名申込む場合は、優先順位の高い方から順番に記載してください。(注:同一事業所の同一サービスごとの申込みになります。)

協働支援者	ふりがな		役職	・管理者 ・サービス管理責任者 ・支援専門員 ・その他職員	その他職員の方は職名を記入	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
	氏名					R5年度のフォローアップ研修を受講した	受講した ・ 受講していない		
当事者①	ふりがな		主たる障害区分を○で囲ってください(重複する障害がある場合は下記へ記入してください)	・身体 ・知的 ・精神 ・発達 ・難病 ・高次脳機能障害	手帳等の有無	・手帳 ・診断書 ・その他 ・証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	氏名								
	現在の雇用状態	・正規雇用(パート等含む) ・利用者雇用(今後正規雇用予定) ・利用者雇用(今後正規雇用予定なし)					※重複する障害がある場合記入ください	R5年度のフォローアップ研修を受講した	受講した ・ 受講していない
当事者② ※複数申込の場合のみ記入	ふりがな		主たる障害区分を○で囲ってください(重複する障害がある場合は下記へ記入してください)	・身体 ・知的 ・精神 ・発達 ・難病 ・高次脳機能障害	手帳等の有無	・手帳 ・診断書 ・その他 ・証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	氏名								
	現在の雇用状態	・正規雇用(パート等含む) ・利用者雇用(今後正規雇用予定) ・利用者雇用(今後正規雇用予定なし)					※重複する障害がある場合記入ください	R5年度のフォローアップ研修を受講した	受講した ・ 受講していない
当事者③ ※複数申込の場合のみ記入	ふりがな		主たる障害区分を○で囲ってください(重複する障害がある場合は下記へ記入してください)	・身体 ・知的 ・精神 ・発達 ・難病 ・高次脳機能障害	手帳等の有無	・手帳 ・診断書 ・その他 ・証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	氏名								
	現在の雇用状態	・正規雇用(パート等含む) ・利用者雇用(今後正規雇用予定) ・利用者雇用(今後正規雇用予定なし)					※重複する障害がある場合記入ください	R5年度のフォローアップ研修を受講した	受講した ・ 受講していない

※1 現在の事業所について該当する番号すべてに○をつけてください。

※2 合理的配慮に「有」を選択された方は、様式2「合理的配慮の申出書」を記入し、提出してください。

障害区分について、複数の障害をお持ちの場合は該当項目すべて選択ください。

申込者がフォローアップ研修を受講したことがあるかお答えください。

就労継続支援B型の事業所について、該当する算定区分を選択ください。