

# 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。

記入日

令和 6 年 月 日

## 記入例

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	〇〇〇〇株式会社	※1 現在の事業所についてお答えください
事業所名	△△△△事業所	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	就労継続支援B型	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
代表者職氏名	岡山 太郎	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	〒 700-000 岡山県岡山市北区内山下2丁目4-6	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	okayamaken @ pref.jp	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	086-222-3333	
事業所FAX番号	086-222-444	

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	さんよう はなこ	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 50 年 1 月 1 日	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		
	氏名	山陽 花子										
当事者①	ふりがな	とうび いちろう	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	生年月日	昭和平成 5 年 5 月 5 日	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	※2 合理的配慮	有・無
	氏名	東備 一郎										
	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									
当事者② ※複数申込の場合のみ記入	ふりがな	ちゅうごく ももこ	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	生年月日	昭和平成 60 年 2 月 2 日	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	※2 合理的配慮	有・無
	氏名	中国 桃子										
	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									
当事者③ ※複数申込の場合のみ記入	ふりがな	こうらく じろう	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	生年月日	昭和平成 62 年 4 月 4 日	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	※2 合理的配慮	有・無
	氏名	後楽 次郎										
	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									

※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。