

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(入力用)

枠線内に必要事項を記入してください。
色のついているところはプルダウンで選択してください。

2025/10/16

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します。

記入例

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	すで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	令和7年度中に、ピアサポート加算の取得を考えている。
代表者職氏名	岡山 太郎	3	現時点では、ピアサポート加算の取得は考えていない。もしくは、取得できる体制ではない。
事業所住所	〒 700 — 0000 岡山県 岡山市 内山下2-4-6		
メールアドレス	okayamaken01 @ pref.jp		
事業所電話番号	086-222-3333	事業所FAX番号	086-222-4444

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	その他職員の方は職名を記入	生年月日	昭和	50 年 1 月 1 日
	氏名	山陽 花子				※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある		令和5年
当事者①	ふりがな	とうび いちろう	主たる障害区分	知的障害と精神障害	手帳等の有無	手帳	生年月日	平成 5 年 5 月 5 日
	氏名	東備 一郎	その他にも重複する障害があれば入力ください					
	現在の雇用状態	正規雇用(パート等含む)	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある			令和5年	※3 合理的配慮	有
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	精神障害	手帳等の有無	手帳	生年月日	昭和 60 年 2 月 2 日
	氏名	中国 桃子	その他にも重複する障害があれば入力ください					
	現在の雇用状態	正規雇用(パート等含む)	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある			受講していない	※3 合理的配慮	無
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	精神障害	手帳等の有無	手帳	生年月日	昭和 62 年 4 月 4 日
	氏名	後楽 次郎	その他にも重複する障害があれば入力ください					
	現在の雇用状態	雇用予定	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある			受講していない	※3 合理的配慮	有

※1 現在の事業所について該当する場合は○を該当しない場合は×を選択してください。

※2 申込者がフォローアップ研修を受講したことがある場合は、年度を選択してください。

※3 合理的配慮の「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。

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。