

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 7 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。

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		
代表者職氏名	岡山 太郎	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。
事業所住所	〒 700-000 岡山県岡山市北区内山下2丁目4-6		
メールアドレス	okayamaken @ pref.jp	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。
事業所電話番号	086-222-3333		

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	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある	R5年・R6年・受講していない	
	氏名	山陽 花子			生年月日	昭和・平成 5 年 5 月 5 日			
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 ・手帳 ・診断書 ・その他証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 5 年 5 月 5 日	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある	R5年・R6年・受講していない	※3 合理的配慮 有・無
	氏名	東備 一郎			生年月日	昭和・平成 5 年 5 月 5 日			
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 ・手帳 ・診断書 ・その他証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 60 年 2 月 2 日	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある	R5年・R6年・受講していない	※3 合理的配慮 有・無
	氏名	中国 桃子			生年月日	昭和・平成 60 年 2 月 2 日			
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 ・手帳 ・診断書 ・その他証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 62 年 4 月 4 日	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある	R5年・R6年・受講していない	※3 合理的配慮 有・無
	氏名	後楽 次郎			生年月日	昭和・平成 62 年 4 月 4 日			
当事者④ ※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 ・手帳 ・診断書 ・その他証明書類 ・無	生年月日	昭和・平成 62 年 4 月 4 日	※2 過去にフォローアップ研修を受講したことがある	R5年・R6年・受講していない	※3 合理的配慮 有・無
	氏名	後楽 次郎			生年月日	昭和・平成 62 年 4 月 4 日			

※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 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。