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	長及び申込	售(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		
I		=⊐ 7 <i>/</i> 5i	i e	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	※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				すでにピアサポート加算を受けてい		
サービス種類	就労継続支援B型			U	る事業所である。		
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	\cup	の私可で与えている。				
	岡山県岡山市北区内山下2丁目		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				
メールアドレス	okayamaken @ pref.jp			3	きる体制ではない。		
事業所電話番号	086-222-3333	事業所FAX番	号 086-22	22-4444			

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。)

当中省で後数石中心も物力は、 <mark>東元順位の同じ力から順省に記載して行こと。</mark> 。(注:问 事業別の问 リーころことの中心のにはかより。)									
協働支援者	ふりがな	さんよう はなこ		・サービス管理	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	
	氏名	山陽 花子	役職	責任者 ・支援専門員 ・その他職員			※2 過去に フォローアッ プ研修を受講 したことがあ	R5年・R6年・受講していない	
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	· 身体 · 知的 · 精神	手帳等 の有無 障害	· 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	
	氏名	東備 一郎	さい)	·発達 ·難病 ·高次脳機能障害					
	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)	合記入ください	『ある場 ※2 適去 ローアップ 受講したこ	研修を	R5年·	6年・ 受講	していない 合理的配 有・無	
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 分を〇で囲って ください(重複	·身体 ·知的 ·精神	手帳等	·手帳 ·診断書 ·その他			
	氏名	中国 桃子	する障害がある場合は下記へ記入してください)	・発達 難病 ・高次脳機能障害	の有無	証明書類 ·無	生年月日	昭和 平成 60 年 2 月 2 日	
	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)	合記入ください	ある場 ※2 過去1 ローアップ 受講したこ	研修を	R5年•	R6年(受講	していなり ※3 合理的配	
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 分を〇で囲って ください(重複	· 身体 · 知的 · 精神	手帳等	· 手帳 · 診断書 · その他			
	氏名	後楽 次郎	する障害がある場合は下記 へ記入してください)	·発達 ·難病 ·高次脳機能障害	の有無	= T DD - 1 ¥K	生年月日	昭和一平成 62 年 4 月 4 日	
	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 合記入ください	《ある場 ※2 過去1 ローアップ 受講したこ る	研修を	R5年•	R6年(受講	※3 合理的配 慮 有・無	

- ※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。