

岡山県障害者ピアサポート研修(基礎研修・専門研修) 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 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			受講目的(該当項目に☑)
事業所名			① ピアサポート体制加算又はピアサポート実施加算の算定のため。
サービス種類			
① 就労継続支援B型の事業所は該当する算定区分を右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			② 今後、ピアサポート体制加算又はピアサポート実施加算の算定を目指しているため。
事業所住所	〒 —		
メールアドレス			③ その他
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	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		サービス管理責任者			支援専門員	その他職員			
当事者①	ふりがな	主たる障害区分に○をその他にも重複する障害があれば△を記入ください	身体障害	手帳等の有無	生年月日	昭和 平成	年 月 日	※1 合理的配慮	有・無	
	氏名		知的障害							手帳
	現在の雇用状態		精神障害							診断書
			発達障害							その他証明書
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(今後も正規雇用予定なし)	現在の業務内容	無	無				
当事者② ※複数お申込みの場合のみ記入	ふりがな	主たる障害区分に○をその他にも重複する障害があれば△を記入ください	身体障害	手帳等の有無	生年月日	昭和 平成	年 月 日	※1 合理的配慮	有・無	
	氏名		知的障害							手帳
	現在の雇用状態		精神障害							診断書
			発達障害							その他証明書
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(今後も正規雇用予定なし)	現在の業務内容	無	無				
当事者③ ※複数お申込みの場合のみ記入	ふりがな	主たる障害区分に○をその他にも重複する障害があれば△を記入ください	身体障害	手帳等の有無	生年月日	昭和 平成	年 月 日	※1 合理的配慮	有・無	
	氏名		知的障害							手帳
	現在の雇用状態		精神障害							診断書
			発達障害							その他証明書
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(今後も正規雇用予定なし)	現在の業務内容	無	無				

※1 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。