※　水色　の箇所は記入、黄色　は該当箇所に○を記入してください。

記入日：令和　　年　　月　　日

**令和５年度山梨県障害者ピアサポート研修フォローアップ研修受講申込書**

**○申込書に関する連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| 受講決定送付先住所 | 〒　　　　- |

**〇対象者➀（令和４年度山梨県障害者ピアサポート研修(基礎・専門)の修了者）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所職員 | 氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　- |
| 事業所名称 |  |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 | ※当日連絡できる番号を記入 |
| 当事者 | 氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　- |
| 電話番号 | ※当日連絡できる番号を記入 |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　- |
| 電話番号 | ※当日連絡できる番号を記入 |
| 受講に際して必要な配慮があれば記入してください |  |

**〇対象者②精神障害者ピアサポーター**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  | |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 | |
| メールアドレス |  | |
| 電話番号 | ※当日連絡できる番号を記入 | |
| 事業所名称 |  | |
| 事業所住所 | 〒　　　　- | |
| 参加者 | 氏名 | 生年月日 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| 受講に際して必要な配慮があれば記入してください |  | |

**〇対象者➂（ピアサポート研修講師その他、障がい分野でピアサポート活動を実施されている方）**

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| メールアドレス |  |
| 電話番号 | ※当日連絡できる番号を記入 |
| 事業所名称 |  |
| 事業所住所 | 〒　　　　- |
| 主なピアサポート活動 |  |
| 受講に際して必要な配慮があれば記入してください |  |

※　記載いただいた内容は、適正な管理を行い、当該研修事業の実施業務及び修了者名簿の管理業務以外の目的で使用することはありません。

研修受講にあたっての注意事項（ご確認いただきチェックしてください）

|  |  |
| --- | --- |
|  | （１）新型コロナウイルス感染防止対策のため、当日は係の検温を受けてから入室してください。なお、研修当日発熱のある方は入室をお断りし、以降の研修を受講することはできません。 |
|  | （２）受講者の氏名および事業所名は、研修当日の受講者名簿に記載する予定です。目的外使用は致しませんのでご理解をお願いします。 |
|  | （３）他の研修受講者に対する宗教やセールスの勧誘等はご遠慮ください。 |
|  | （４）新型コロナウイルス感染症の状況により、日程など変更になる場合がございます。また、自然災害等による急な日程の変更は山梨県障害者福祉協会のホームページ  （http://www.sanshoukyou.net）にその旨を掲載致しますのでご確認ください。 |