※　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受講申込書**

**（対象者③用）**

**○受講希望者**

対象者③（精神障害者ピアサポーター希望者）

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒　　　　-　　　　 |
| メールアドレス |  |
| 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 |  |
| 障害福祉サービスの利用 |  | A.利用したことがない |
|  | B.過去に利用したことがある | サービス名 |  |
|  | C.現在利用している | サービス名 |  |
| 所属機関・事業所 |  | A.雇用されている | 事業所名 |  |
|  | B.雇用予定がある | 事業所名 |  |
|  | C.雇用されていない |

**○推薦者**※既に登録（委嘱）済みの方は記載する必要はありません。

|  |
| --- |
| 私は、上記の者が障害者ピアサポート研修を受講し、ピアサポーターとして活動することを推薦します。なお、研修修了後にピアサポーターとして活動する場合は、必要に応じてその支援を行います。 |
| 令和　　　年　　　月　　　日所属機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　　種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　印　　　 |

※　研修申込には、支援者１名の推薦が必要となります。受講希望者が利用している事業所や医療機関等において、当事者を担当している職員等が記載してください。

※　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。

==============================================================

**◎「精神障害者ピアサポーター」とは、「山梨県精神障害者ピアサポート事業実施要綱」に基づき、精神科病院の長期入院者等に対して、個別支援やグループ支援をするピアサポーターのことです。**