【問合せ・申込み先】一般財団法人 保健福祉振興財団 熊本県障がい者ピアサポーター養成研修 係
FAX 096－213－1601

令和7年度 熊本県障がい者ピアサポーター養成研修
基礎研修・専門研修 受講申込書

記 入 日	令和7年　　月　　日

熊本県障がい者ピアサポーター養成研修の基礎研修および専門研修に以下の通り申込みます。

【事業所情報】

設置主体 (法人)名称		
ピアサポーター等が 従事する予定の 事業所等の状況	事業所名称	
	上記事業所等の サービスの種類 ※いずれか一つに〇を記入。	1. 自立生活援助　2. 計画相談支援　3. 障害児相談支援 4. 地域移行支援　5. 地域定着支援　6. 就労継続支援B型 7. 自立訓練(機能訓練・生活訓練)　8. 共同生活援助 9. その他(　　)
	事業所所在地	〒　　―
	研修担当者名	
	電話番号 (日中連絡がとれる番号)	―　　―
	受講決定通知書等送付先 事業所FAX番号	―　　―
	E-mailアドレス	@
ピアサポーター雇用状況 ※いずれか一つに〇を記入。	1. 雇用している　2. 今後、雇用を予定している	
受講目的 ※いずれか一つに〇を記入。	1. 今後、ピアサポート体制加算または実施加算の算定を目指すため。(現在は、未算定。) 2. 事業所での質の高いピアサポートの実現に向け、ピアサポーターおよび協働する支援者の養成を図るため。 3. その他(　　)	

【受講希望者情報】

受講対象者	①障がい当事者	フリガナ		生 年 月 日 (西 暦)
		受講者氏名		年　　月　　日
		障がいの領域 ※該当項目に☑を記入。	□身体　□知的　□精神　□発達　□高次脳機能　□難病 □その他(　　)	
		配慮の希望等 (例)車椅子使用等		
	②支援者	フリガナ		生 年 月 日 (西 暦)
		受講者氏名		年　　月　　日
		配慮の希望等 (例)車椅子使用等		

※上記①・②は2人1組でお申込みください。いずれか一方のみの受講(①のみ・②のみ)は原則できません。