※　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６年度山梨県障害者ピアサポート研修受講申込書**

**○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 | 〒　　　　- |

**○受講希望者**

対象者①（当事者）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |

対象者②（事業所職員）

|  |  |
| --- | --- |
| 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 | 〒　　　　- |
| サービス種別 |  |
| 職種 |  |

※　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。