受講申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 事業所名 |  |
| 事業所住所 | 〒　　　― |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス  （研修申込の受講結果をお知らせします） |  |
| 指定障害福祉  サービス等の種類  （全てお選びください） | ・計画相談支援　・障害児相談支援　・地域移行支援　・地域定着支援  ・自立生活援助　・就労継続支援A型　・就労継続支援B型  ・共同生活援助　・自立訓練（機能訓練）　・自立訓練（生活訓練）  ・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 申込担当者  氏名（ふりがな） |  |
| 申込担当者電話番号 |  |
| 申込担当者FAX番号 |  |
| 以下、研修の受講を希望する管理者と障害当事者の２人１組を下記にご入力ください。 | |
| 受講希望者（管理者）  氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 |  |
| 役職名または職名 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 障害領域  （全てお選びください） | 特になし  身体・知的・精神・発達・高次脳・難病・その他（　　　　　　　　） |
| 次年度以降研修協力 | できる　・　できない |
| 受講理由 |  |
| 研修受講にあたって  配慮すべき事項  （車椅子、手話通訳等） |  |
| 受講希望者（障害当事者）  氏名（ふりがな） |  |
| 生年月日 |  |
| 携帯電話番号 |  |
| 障害領域  （全てお選びください） | 身体・知的・精神・発達・高次脳・難病・その他（　　　　　　　　） |
| 雇用状態  （当てはまるものを  お選びください） | ・現在雇用されている（常勤・非常勤）→（雇用期間） 　　年　　カ月  ・今後、雇用される予定 　　　→（雇用予定時期）　　　　年　　　月  ・雇用予定はない |
| ピアサポート実践の有無 | あり　　・　　なし |
| 次年度以降研修協力 | できる　・　できない |
| 受講理由 |  |
| 研修受講にあたって  配慮すべき事項  （車椅子、手話通訳等） |  |
| 研修に関するご質問 |  |