

水色 の箇所に記入してください。

記入日： 令和 年 月 日

### 令和5年度千葉県障害者ピアサポート研修受講申込書(受講対象者①用)

受講希望者記入欄	氏名			
	生年月日(和暦)	年	月	日生(満才)
	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)		
	受講要件の確認 (該当するものにチェック) ※全ての要件を満たす必要 があります。	<input type="checkbox"/>	千葉県内に在住または在勤である。(雇用予定も含む)	
		<input type="checkbox"/>	ピア(障害・疾病を経験した人)である	
		<input type="checkbox"/>	本研修の全日程に参加可能である	
		<input type="checkbox"/>	志望動機書を提出できる	
		<input type="checkbox"/>	推薦者が推薦状を提出できる	
障害種別について	知的 身体(身体・聴覚・視覚) 精神 発達 高次脳 難病 その他( ) ※該当する項目にチェックください。			
受講時に必要な配慮				
所属機関・事業所	<input type="checkbox"/>	A.雇用されている	事業所名	
	<input type="checkbox"/>	B.雇用予定がある	事業所名	
	<input type="checkbox"/>	C.雇用されていない		
推薦者記入欄	表記研修の受講者として、上記の者を推薦します。			
	職名・氏名			
	機関・事業所名			
	住所	〒		
	電話番号			
	複数名が応募する場合の事業所内での優先順位			

水色の箇所に入力してください。

記入日： 令和 年 月 日

### 令和5年度千葉県障害者ピアサポート研修受講申込書(受講対象者②用)

受講希望者	氏名		
	生年月日(和暦)	年	月 日生(満 才)
	メールアドレス		
	電話番号	(当日連絡できる番号を記入)	
所属機関・事業所	名称		
	住所	〒	
	電話番号		
	サービス種別		
	対象障害	知的 身体(身体・聴覚・視覚) 精神 発達 高次脳 そのほか	
	職名		
受講要件の確認 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/>	千葉県内の事業所に在勤である	
	<input type="checkbox"/>	ピアサポーター・ピアスタッフを雇用している	
	<input type="checkbox"/>	ピアサポーター・ピアスタッフを雇用予定・雇用の意思がある	
	<input type="checkbox"/>	本研修の全日程に参加可能である	
	<input type="checkbox"/>	志望動機書を提出できる	
雇用者	表記研修の受講者として、下記の者とともに参加します。		
	ピアスタッフ氏名		
	所属事業所		
	住所	〒	
	電話番号		
	ピアスタッフへの配慮が必要な場合、記載してください		

水色 の箇所に記入してください。

記入日： 令和 年 月 日

### 令和5年度千葉県障害者ピアサポート研修受講申込書(受講対象者③用)

受講希望者	氏名			
	生年月日(和暦)	年	月	日生(満才)
	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)		
	障害について	知的 身体(身体・聴覚・視覚) 精神 発達 高次脳 難病 その他( ) ※該当する項目にチェックください。		
	研修受講年度	平成 27 28 29 30 令和 1 3 年度 研修修了者		
	就労状況		A.雇用されている ⇒ 下欄に事業所情報を記入してください	
		B.雇用予定がある ⇒ 下欄に事業所情報を記入してください		
		C.雇用予定はない		
所属機関・事業所	名称			
	住所	〒		
	電話番号			
	サービス種別			
	対象障害	知的 身体(身体・聴覚・視覚) 精神 発達 高次脳 そのほか		
	職名			
受講要件の確認 (該当するものにチェック)		千葉県内の事業所に在勤である		
		千葉県内の事業所に就職予定である		
		本研修の全日程に参加可能である		
		ZOOMによる研修参加が可能である		
		経験を活かし、本研修に目標をもって参加することができる		
推薦者記	表記研修の受講者として、上記の者を推薦します。			
	職名・氏名			
	機関・事業所名			
	住所	〒		

入 欄	氏 名	
	電話番号	
	複数名が応募する場合の事 業所内の優先順位	

水色の箇所に入力してください。

記入日： 令和 年 月 日

### 令和4年度千葉県障害者ピアサポート研修受講申込書(受講対象者④用)

受講希望者	氏名	
	生年月日(和暦)	年 月 日生(満 才)
	メールアドレス	
	電話番号	(当日連絡できる番号を記入)
所属機関・事業所	名称	
	住所	〒
	電話番号	
	サービス種別	
	対象障害	知的 身体(身体・聴覚・視覚) 精神 発達 高次脳 そのほか
	職名	
受講要件の確認 (該当するものにチェック)	<input type="checkbox"/>	千葉県内の事業所に在勤である
	<input type="checkbox"/>	ピアサポーター・ピアスタッフを雇用している
	<input type="checkbox"/>	ピアサポーター・ピアスタッフを雇用予定・雇用の意思がある
	<input type="checkbox"/>	本研修の全日程に参加可能である
	<input type="checkbox"/>	志望動機書を提出できる
雇用者	表記研修の受講者として、下記の者とともに参加します。	
	ピアスタッフ氏名	
	研修受講年度	平成 27 28 29 30 令和 1 3 年度 研修修了者
	所属事業所	
	住所	〒
	電話番号	
	ピアスタッフへの配慮が必要な場合、記載してください	