

水色 の箇所に記入してください。

記入日： 令和 年 月 日

令和8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	フリガナ	
	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		
	事業所のサービス種別		
	事業所の対象障害	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
			ピアサポーター・ピアスタッフを雇用している
			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
			本研修の全日程に参加可能である
			志望動機書を提出できる
ともに受講するピアサポーター	表記研修の受講者として、下記の者とともに参加します。		
	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		