|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **〇事業所等からの所属証明及び推薦（必須）**（法人印・事業所印でおねがいします。個人の私印は認められません）  ・実施要綱を確認し承諾の上、下の申込者が当事業所に所属することを証明するとともに研修受講について推薦します。 | | | | | | |
| 施設又は事業所  所在地及び名称 | 所在地：  名称： | | | | | **申込担当者 氏名**  **電話番号** | |
| 代表者氏名 | 役職 |  | 氏名 |  | 印 |

様式1

**令和６年度　佐賀県障害者ピアサポート研修（基礎・専門研修） 受講申込書**

**○申込者 （太枠内の記載は必須です）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ピアサポーター | フリ  ガナ |  | 写真をはる位置  （印刷でも可）  １．縦36～40㎜  　　横24～30㎜  ２．本人単身  胸から上  ３．裏面のりづけ | 管理者等 | フリ  ガナ |  | 写真をはる位置  （印刷でも可）  １．縦36～40㎜  　　横24～30㎜  ２．本人単身  胸から上  ３．裏面のりづけ |
| 名前 |  | 名前 |  |
| 生年  月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日 | 生年  月日 | 昭和・平成 年  　　 月　　日 |
| 障害  種別 | 身体・知的・精神・難病  ・その他（　　　　　） | | 役職  ・  業務  内容 |  | |
| 役職  ・  業務内容 | |  | |

**※ 受講対象者については、実施要綱を必ず確認ください。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | |
| 事業所種別 | □ 特定相談支援 　□ 障害児相談支援 □ 地域移行支援  □ 地域定着支援 　□ 就労継続支援Ａ型 □ 就労継続支援Ｂ型  □ 共同生活援助 　□ 自立生活援助 　　　　□ 自立訓練（機能訓練）  □ 自立訓練（生活訓練） 　□ その他（　　　　　　　　） | |
| 事業所（送付先） | 〒　　　-　　　　　　　　 ※事業所名まで記載してください。 | |
|  | |
| E-mail |  |
| 当日連絡先 | 電話番号：　　　（　　　）　　　　　　　　　 ※受講者に連絡のつく、電話番号を記載 |

**申込受付期間：　令和６年12月４日（水）【必着】**

・ご提出いただいた申込書等に記載された個人情報については、佐賀県、委託先と共有し、適正な管理を行います。

申込書　郵送先（郵送または持参）　〒841-0066　佐賀県鳥栖市儀徳町3262-1

メール及びＦＡＸは不可 しょうがい生活支援の会すみか　行

（様式２）

**についての（）**

・がなのみにしてください。

・については、にさせていただきます。

・にの １０．のにのあるはそのをしてください。

(できるだけなができるようごください。がないにをわないといったではございません。)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| ・ながあるはにを、なをしてください。  □ ・について、□ やについて  □ について、□ のについて 、□ その  （な） | |
| の（からするのをください）  □、□、□ | |
| ・ | |