**令和７年度長野県障がい者ピアサポート加算等にかかる研修参加申込書**

　・事業所名

　・事業所所在地　〒

　・実施事業　（※該当するものに印をしてください）

自立生活援助・特定相談支援・障害児相談支援・一般相談支援（移行・定着）・

就労継続支援Ｂ型・共同生活援助・自立訓練・就労継続支援Ａ型

　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 記入例 | ピアサポーター | 氏名今野　きつね | 身体障がい（　視覚障がい　）知的障がい　　精神障がい　　難病　　高次脳機能障がいその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）生年月日：S H R 15 年　4月　20日令和平成　　昭和 |
| ふりがなこんの　きつね | ☑雇用期間（　　　　　　　４年　４月から　３年5か月）※該当に☑をし、申込み事業所での雇用期間を記載してください。□雇用予定（令和　　年　　月から） |
| 管理者等 | 氏名古井　たぬき | 役職（　　管理者　　）障がいの有無　　　　有　　　無生年月日： S H R 52 年　10月　23日 |
| ふりがなふるい　たぬき |
|   | ピアサポーター | 氏名 | 身体障がい（　　　　　　　　　　　　　　　　）知的障がい　精神障がい　難病　高次脳機能障がいその他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）生年月日：S H R 年　　月　　日 |
| ふりがな | □雇用期間（　　　　　　　年　　月から　　年　　か月）令和平成　　昭和※該当に☑をし、申込み事業所での雇用期間を記載してください。□雇用予定（令和　　年　　　月から） |
| 管理者等 | 氏名 | 役職（　　　　　　　　　　　　）障がいの有無　　有　　無生年月日：S H R 年　　月　　日 |
| ふりがな |
| 【備考欄】合理的配慮の希望事項、その他受講にあたって希望することを下記にご記入願います。 |
| （記入例）・ピアサポーターに視覚障がいあり。盲導犬同伴、研修資料はデータ化し、事前送付希望　　　　 ・管理者等に記載の古井たぬきは令和６年度の本研修を受講済み。 |

※２組目の希望がある場合は、

送信先：公益社団法人 長野県社会福祉士会

 障がい者ピアサポート加算等にかかる研修担当：三村、和田、萱津

ＦＡＸ：026‐266‐0339　　　メール：info@nacsw.jp

　コピーして使用願います。