

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①用)

受講希望者記入欄	氏 名	フリガナ			
	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。		千葉県内に在住または在勤である。(雇用予定も含む)		
			ピア(障害・疾病を経験した人)である		
			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		
			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○をつけてください。			
	受講時必要な配慮	あり () なし			
	※実習条件	週 日、1日 時間、実習先への移動方法(電車・車)、移動可能時間			
	※実習に関してご 希望がありました ら、ご記入ください。				
所属機関・事業所	A.雇用されている	事業所名			
		サービス種別			
		就労継続A型事業所の場合は下記にチェックしてください			
		職員として雇用契約		利用者として雇用契約	
	B.雇用予定がある	事業所名			
		サービス種別			
		就労継続A型事業所の場合は下記にチェックしてください			
		職員として雇用契約		利用者として雇用契約	
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 の優先順位				

※お1人で受講し、実習先の調整が必要な方は、必ずご記入ください。ご希望に必ず添えるわけではありません。