

【申込先】
FAX : 075-813-0520
メール : nagoyaka@kyoto-kosainokai.jp

事業所区分

令和5年度 京都市障害者ピアサポート基礎研修 受講申込書

年 月 日

次の者について、標記研修の受講を申し込みます。

法人名			
事業所名称			
事業所番号			
事業種別(主なもの)			
事業所住所	〒	—	8571
市町村			

代表者職名			
代表者氏名			
問合せ担当者			
事業所電話番号			
事業所FAX番号			
メールアドレス			

(日中連絡がつく番号・アドレスを記入)

対象事業の加算取得(現在) 有 · 無

受講希望者

*氏名及び生年月日について、間違いないようご記入ください。

受講者①	ふりがな				生年月日				
	氏名				昭和				
					平成	年	月	日	
					西暦				
	受講区分	当事者	協働支援者	保健医療市町村職員					
	現在の業務内容								
受講者②	障害種別	身体	知的	精神	難病	その他	()		
	研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要							
		不要	介助者の有無 有 · 無						
	ふりがな				生年月日				
	氏名				昭和				
					平成	年	月	日	
				西暦					
受講区分	当事者	協働支援者	保健医療市町村職員						
現在の業務内容									
受講者③	障害種別	身体	知的	精神	難病	その他	()		
	研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要							
		不要	介助者の有無 有 · 無						
	ふりがな				生年月日				
	氏名				昭和				
					平成	年	月	日	
				西暦					
受講区分	当事者	協働支援者	保健医療市町村職員						
現在の業務内容									
障害種別	身体	知的	精神	難病	その他	()			
研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要								
	不要	介助者の有無 有 · 無							

該当するもの全てに○をつけてください。	
受講目的	すでにピアサポート体制加算又は実施加算を算定しており、引き続き加算算定をめざしているため。
	今後、ピアサポート体制加算又は実施加算の算定をめざしているため。
	事業所でのピアソーター及び協働する職員の養成を図るため。
	その他（

【申込先】
FAX : 075-813-0520
メール : nagoyaka@kyoto-kosainokai.jp

記入例

事業所区分

令和5年度 京都市障害者ピアサポート基礎研修 受講申込書

令和5年 10月 ● 日

次の者について、標記研修の受講を申し込みます。

法人名	株式会社△△
事業所名称	●●B型作業所
事業所番号	2600000000
事業種別(主なもの)	身体・知的・精神
事業所住所	〒 604 - 8571 京都 市町村 中京区寺町通御池上る 上本能寺前町488番地

代表者職名	代表取締役
代表者氏名	京都 太郎
問合せ担当者	京都 花子
事業所電話番号	075-222-4161
事業所FAX番号	075-251-2940
メールアドレス	kyoto@kyoto.com

(日中連絡がつく番号・アドレスを記入)

対象事業の加算取得(現在) 有 無

受講希望者		※氏名及び生年月日について、間違いないようご記入ください。															
受講者①	ふりがな	てらまち たろう			生年月日												
	氏名	寺町 太郎			昭和	平成	5	年	1	月	1	日					
	西暦																
	受講区分	当事者	協働支援者	保健医療市町村職員													
	現在の業務内容	B型事業所に生活支援員として勤務															
	障害種別	身体	知的	精神	難病	京都府北部(中丹・丹後地域※)に所在する受講希望者のうち、オンライン参加を希望される方については、この欄にその旨を記入してください。 ※福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町											
研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要	車椅子(電動)を使用															
	不要	介助者の有無			有	・	無										
受講者②	ふりがな	きょうと はなこ			生年月日												
	氏名	京都 花子			昭和	平成	60	年	2	月	2	日					
	西暦																
	受講区分	当事者	協働支援者	保健医療市町村職員													
	現在の業務内容	管理者兼生活支援員															
	障害種別	身体	知的	精神	難病	京都府北部(中丹・丹後地域※)に所在する受講希望者のうち、オンライン参加を希望される方については、この欄にその旨を記入してください。 ※福知山市、舞鶴市、綾部市、宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町											
研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要																
	不要	介助者の有無			有	・	無										
受講者③	ふりがな				生年月日												
	氏名				昭和	平成	年	月	日								
	西暦																
	受講区分	療市町村職員															
	現在の業務内容	准病 その他 ()															
	障害種別	准病 その他 ()															
研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要																
	不要	介助者の有無			有	・	無										

同一の受講区分の方が、複数受講される場合は、優先順位が高い順に記載をしてください。

3名以上受講希望がある場合は、行を追加して記載してください。

該当するもの全てに○をつけてください。

受講目的

	すでにピアサポート体制加算又は実施加算を算定しており、引き続き加算算定をめざしているため。
<input checked="" type="radio"/>	今後、ピアサポート体制加算又は実施加算の算定をめざしているため。
	事業所でのピアソーター及び協働する職員の養成を図るため。
	その他 (