

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		代表者職名	
事業所名称		代表者氏名	
事業所番号		問合せ担当者	
事業種別(主なもの)		事業所電話番号	
事業所住所 〒 8571		事業所FAX番号	
市町村		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、間違いのないようご記入ください。

受講希望者	※氏名及び生年月日について、間違いの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 西暦 年 月 日
	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
受講者②	ふりがな	生年月日
	氏名	昭和 平成 西暦 年 月 日
	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
受講者③	ふりがな	生年月日
	氏名	昭和 平成 西暦 年 月 日
	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	<input type="checkbox"/>	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 type="checkbox"/>	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。
	<input type="checkbox"/>	事業所でのピアサポーター及び協働する職員の養成を図るため。
	<input type="checkbox"/>	その他（

【申込先】  
 F A X : 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 〇日

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△△	代表者職名	代表取締役
事業所名称	●●B型作業所	代表者氏名	京都 太郎
事業所番号	2600000000	問合せ担当者	京都 花子
事業種別(主なもの)	身体・知的・精神	事業所電話番号	075-222-4161
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	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、間違いの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 西暦	5 年 1 月 1 日
	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
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		<p>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</p>	
	不要	介助者の有無			
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 西暦	60 年 2 月 2 日
	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
研修受講にあたり配慮すべき事項等	必要			<p>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</p>	
	不要	介助者の有無			
受講者③	ふりがな			生年月日	
	氏名			昭和 平成 西暦	年 月 日
	受講区分			療市町村職員	
	現在の業務内容				
	障害種別			難病	その他 ( )
研修受講にあたり配慮すべき事項等	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	<input type="checkbox"/>	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="checkbox"/>	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。
	<input type="checkbox"/>	事業所でのピアサポーター及び協働する職員の養成を図るため。
	<input type="checkbox"/>	その他（