

岡山県障害者ピアサポート研修(フォローアップ研修) 受講者推薦及び申込書(入力用)

枠線内に必要事項を記入してください。
色のついているところはプルダウンで選択してください。

2024/9/11

標記研修を下記の者に受講させたいので推薦します。

記入例

法人名	〇〇〇〇株式会社			※1 現在の事業所についてお答えください		
事業所名	△△△△事業所			①	既にピアサポート加算を受けている事業所である	○
サービス種類	就労継続支援B型			②	障害者に対する配慮等に関する研修が年1回以上、事業所で行われているまたは、行う体制が整っている	○
① 就労継続支援B型の事業所は該当する算定区分を右記から選択してください	Ⅲ	② ①でⅠ・Ⅱ・Ⅲを選択された事業所は今後、Ⅳ・Ⅴ・Ⅵを算定予定かお答えください	予定している	③	申込者をピアサポーターとして職場に配置している	○
代表者職氏名	岡山 太郎			④	③以外の申込者をピアサポーターとして職場に配置を予定しており、本人も了承している(来年度以降配置、雇用も含む)	○
事業所住所	〒 700 — 0000 岡山県 岡山市 内山下2-4-6			⑤	③④以外の申込者をピアサポーターとして職場に配置を予定しており、本人も了承している(来年度以降配置、雇用も含む)	×
メールアドレス	okayamaken01 @ pref.jp					
事業所電話番号	086-222-3333					
事業所FAX番号	086-222-4444					

当事者を複数名申込む場合は、優先順位の高い方から順番に記載してください。(注: 同一事業所の同一サービスごとの申込みになります。)

協力支援者	ふりがな	さんよう はなこ	役職	管理者	その他職員の方は職名を記入	生年月日	昭和	50	年	1	月	1	日
	氏名	山陽 花子				R5年度のフォローアップ研修を受講した		受講していない					
当事者①	ふりがな	とうび いちろう	主たる障害区分	知的障害と精神障害	手帳等の有無	手帳	生年月日	平成	5 年 5 月 5 日				
	氏名	東備 一郎	その他にも重複する障害があれば入力ください										
	現在の雇用状態	正規雇用(パート等含む)		R5年度のフォローアップ研修を受講した		受講していない			※2 合理的配慮	有			
当事者② ※複数申込の場合のみ記入	ふりがな	ちゅうごく ももこ	主たる障害区分	精神障害	手帳等の有無	手帳	生年月日	昭和	60 年 2 月 2 日				
	氏名	中国 桃子	その他にも重複する障害があれば入力ください										
	現在の雇用状態	正規雇用(パート等含む)		R5年度のフォローアップ研修を受講した		受講していない			※2 合理的配慮	無			
当事者③ ※複数申込の場合のみ記入	ふりがな	こうらく じろう	主たる障害区分	精神障害	手帳等の有無	手帳	生年月日	昭和	62 年 4 月 4 日				
	氏名	後楽 次郎	その他にも重複する障害があれば入力ください										
	現在の雇用状態	雇用予定		R5年度のフォローアップ研修を受講した		受講していない			※2 合理的配慮	有			

※1 現在の事業所について該当する場合は○を該当しない場合は×を選択してください。

※2 合理的配慮に「有」を選択された方は、様式2「合理的配慮の申出書」を記入し、提出してください。

障害区分について、複数の障害をお持ちの場合は該当項目すべて選択ください。

申込者がフォローアップ研修を受講したことがあるかお答えください。

就労継続支援B型の事業所について、該当する算定区分を選択ください。