

令和7年度 富山県障害者ピアサポート研修 受講申込書

法人名		
事業所名		
サービス種別		
事業所 連絡先	住所	〒
	電話番号	
	メール アドレス	

ふりがな	
受講者氏名①	
生年月日	年 月 日
受講区分 ※いずれかに○をつけてください。	ピアサポーター・協働支援者（管理者等）
ピアサポーターの場合 ※あてはまる障害領域に○をつけてください。	身体障害・知的障害・精神障害・発達障害 高次脳機能障害・難病・その他（ ）
受講を希望する研修 ※希望する研修すべてに○をつけてください。	基礎研修・専門研修・フォローアップ研修

ふりがな	
受講者氏名②	
生年月日	年 月 日
受講区分 ※いずれかに○をつけてください。	ピアサポーター・協働支援者（管理者等）
ピアサポーターの場合 ※あてはまる障害領域に○をつけてください。	身体障害・知的障害・精神障害・発達障害 高次脳機能障害・難病・その他（ ）
受講を希望する研修 ※希望する研修すべてに○をつけてください。	基礎研修・専門研修・フォローアップ研修

※次のページに続きます。

受講目的 該当する理由に ○をつけて ください。		今後、ピアサポート体制加算またはピアサポート実施加算の算定を目指しているため。（すでに算定し引き続き算定を目指す場合も含む。）
		事業所での質の高いピアサポート活動の実現に向け、ピアサポーター及び協働する支援者の養成を図るため。
		その他 ()

研修受講にあたって 配慮すべき事項等	※配慮を希望することがあれば記載してください。（例：車いす等）
-------------------------------	--

個人情報に関する同意	本受講申込書に入力いただく個人情報を、富山県ならびに富山県福祉カレッジが管理・利用することに同意願います。 ※本受講申込書に入力いただく個人情報は、当該研修及びピア・フレンズ派遣事業に係る業務以外の目的で使用することはありません。
	☐ 上記内容に同意する。

【申込先】 FAXでお申し込みください。

FAX番号 ： 0 7 6 － 4 3 2 － 6 5 1 6

【申込に関するお問い合わせ】

富山県社会福祉協議会 富山県福祉カレッジ教務課 鈴木

TEL:076-432-6513 FAX:076-432-6516

E-mail:suzuki@wel.pref.toyama.jp