**令和7年度宮城県・仙台市障害者ピアサポート研修（基礎研修）**

**受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）お名前 |  |
| 所　属 |  |
| 連絡先※書類を受け取りたい住所をお書き下さい | 〒 |
| 電話番号 |
| メールアドレス |
| 申込区分いずれかに◯ |  | ①障害福祉サービス事業所、相談支援事業所等に雇用等されている障害者（常勤・非常勤は問わず、雇用契約に基づき雇用されている方、今後雇用が見込まれる方も含めます） |
|  | ②①の方が所属する障害福祉サービス事業所等の管理者等、ピアサポーターと協働し支援を行う方 |
|  | ③ピアサポート活動に関心のある障害者 |
|  | ④ピアサポーターの雇用を検討している障害福祉サービス事業所等の管理者、支援者 |
| 障害区分（〇で囲む）※障害ある方 | 身体障害　・　知的障害　・　精神障害発達障害　・　難病患者　・　高次脳機能障害 |
| 受講に際して配慮してほしいこと | （例：手話通訳を配置してほしい） |
|
| 受講に伴い、介助者の方はいますか？（〇で囲む） | 　　　　あり　　　　　なし |
| 受講者の連携のためお名前・所属を記載した「受講者名簿」を作成します。記載してほしい名前（ニックネーム等）をお書き下さい。 |  |
| 研修に参加できない方や関心のある方にも研修を見てもらうため、後日、映像を公開します。映り込みの可否を〇で囲んでください。 | 映像に映ってもいい　・　映さないでほしい |