

令和5年度 静岡県精神障害者ピアサポート研修

研修申込書

下記へ事業所等名称を記入してください。

事業所等名称 (※1)			
事業所等郵便番号	〒		
事業所等所在地			
担当者氏名			
連絡先電話番号			
連絡先メールアドレス (※2)			@

(※1) 上記の法人等名称、所在地は納入通知書の宛名となりますので、間違いのないよう記入してください。

(※2) 上記のメールアドレスに受講可否決定通知を送付いたします。災害時等は記載のメールアドレスに連絡します。

1 受講希望者 (要綱9 (2) ⑦を確認してください)

※原則、(1)と(2)の組み合わせで申し込んでください。

※氏名、生年月日については、修了証書へ印字される情報となりますので、特に間違いのないよう記入してください。

要綱5 (1) の者

氏名		フリガナ	
姓	名	セイ	メイ
生年月日 (和暦)	雇用開始年月	所属名	
年 月 日			

要綱5 (2) の者

氏名		フリガナ	
姓	名	セイ	メイ
生年月日 (和暦)	職名	所属名	
年 月 日			

※申し込み状況により、参加希望に添えないことがあります。

2 令和4年度の本研修修了者の情報

※上記(1)と(2)を合わせて申込できない場合のみ、記入してください。

氏名		フリガナ	
姓	名	セイ	メイ
生年月日 (和暦)	職名	所属名	
年 月 日			
「基礎研修及び専門研修」		「フォローアップ研修」	
修了証番号	修了日	修了証番号	修了日
	年 月 日		年 月 日

※「基礎研修及び専門研修」、「フォローアップ研修」の修了証の写しを添付してください。

3 受講動機 (所属等の状況を踏まえて具体的に記載してください)

4 その他 (研修受講に当たって配慮を希望する事項等)