様式１

受講申込票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 性別＊任意 | 写真貼付たて4.0×よこ3.0裏面に氏名を記入 |
| 氏名 |  |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日　生　（満　　　歳） |
| 住所 | 〒　　　　 － |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |
| メールアドレス | 　　　　　　　　　　　 ＠ |
| 勤務先(利用施設)＊該当者のみ | 名称 | 【どちらかに〇をしてください：　勤務先（職員）　／　利用施設　】 |
| 住所 | 〒　　　　　－ |
| 電話番号 | 　　　　　　－　　　　　　　－ |
| 精神障害者保健福祉手帳 | 有（　　　級）　／　　　無　　　　　　　　 　　 |
| 受講申し込み枠 | ピアサポーター　　／　　　ピアサポーター雇用者  |
| 最終学歴（任意） | 　　年　　　　月　　　　　　　　　　　　　　在学中・中退・卒業・修了 |
| 職歴（施設利用歴）＊該当者のみ | 施 設 名（任意） | 期　　間 | 就労年数 |
| 勤務先　／　利用施設 | 　　　　　年　　　月 | 　　　　　　　　　　年 |
| ～　　　年　　　月 |
| 勤務先　／　利用施設 | 　　　　　年　　　月 | 　　　　　　　　　　年 |
| ～　　　年　　　月 |
| 勤務先　／　利用施設 | 　　　　　年　　　月 | 　　　　　　　　　　年 |
| ～　　　年　　　月 |
| 勤務先　／　利用施設 | 　　　　　年　　　月 | 　　　　　　　　　　年 |
| ～　　　年　　　月 |
| 勤務先　／　利用施設 | 　　　　　年　　　月 | 　　　　　　　　　　年 |
| ～　　　年　　 月 |

|  |
| --- |
| 申込理由　　※本講座の申込理由（本講座で知りたいこと、学びたいこと）をご記載ください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 上記の通り相違ありません令和　　　　年　　　　月　　　　日　　　氏名（自筆）　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |