宛先 協力事業所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　様

**ＦＡＸ**

　　　　　　　※送付後、必ず電話連絡しご相談ください。

　　　　平成　　年　　月　　日

「ピアサポーター紹介申込書（その他事業）」

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込機関名 |  | | | | |
| 担当者  職氏名 |  | | | 電　話 |  |
| FAX |  |
| 希望する内容 | ※希望される項目に○をつけてください。  １　当事者や家族等へのピアサポーター自身の体験発表  ２　精神科病院のデイケアやイベント等社会復帰プログラムへの協力  ３　精神科病院入院患者の退院準備のための同行支援  ４　当事者の困りごとなどへのピアカウンセリング  ５　精神障がい者の交流の場の企画及び運営への協力  ６　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| ピアサポーターに  活動してほしい  事業の具体的名称 | |  | | |
| 希望するピアサポ  ーターの人数、要望 |  | | | |
| その他  連絡事項 |  | | | | |

MCj03983430000[1]MCj03983430000[1]MCj03983430000[1]MCj03983430000[1]MCj03983430000[1]MCj03983430000[1]