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]]()