

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			

