

(様式第3号)

【精神障がい者ピアサポーター協力事業所登録申込書】

福島県精神保健福祉センター 所長 様

「精神障がい者ピアサポーター活動支援体制整備要領」に基づき、精神障がい者ピアサポーター協力事業所として登録を申し込みます。

精神保健福祉センターのホームページに協力事業所として掲載することに同意します。

令和 年 月 日

協力事業所名 _____

代表者名 _____ 印

事業所 (機関) 名				
住 所	〒			
担当者	所属 部署			
	職名		氏名	
連絡先	TEL		FAX	
	メール アドレス			
連絡事 項等				

※「担当者名」の欄には、要綱に記載されている協力事業所の業務を実際に担ってくださる方のお名前をお書きください。