

一般社団法人愛知県知的障害者福祉協会 会員・準会員加入申込書

貴会に(会員 ・ 準会員)として加入いたします。

平成 年 月 日

一般社団法人
愛知県知的障害者福祉協会
会長 川崎 純夫 殿

フリガナ	
施設又は事業所名	(印)
フリガナ	
施設長又は管理者名	(印)

貴会の規定する加入条件に同意し、定款等を遵守することをここに約束し、貴会に加入いたします。

加 入 年 月 日	平成 年 月 日	* 年度途中加入は、年会費を月割りにてご請求いたします。		
施設の概要	法人所在地	〒 Tel:() - Fax:() - E-mailアドレス : ホームページURL:		
	設置主体名	運営主体名		
	施設所在地	〒 Tel:() - Fax:() - E-mailアドレス :		
	事業種別	①	①定員	人
		②	②定員	人
③		③定員	人	
④		④定員	人	
部会	発達支援部会 障害者支援施設部会 日中活動支援部会 生産活動・就労支援部会 地域支援部会 相談支援部会			
備考	* 特記欄(GHなど、郵便物を施設外の所在地へ送付を希望される場合、送付先を記載してください。)			

- * 「部会」の箇所は添付資料に基づき該当する部会名を○にて囲って下さい。
- * 日中活動支援部会と生産活動・就労支援部会に属する事業にあっては共通点があり、事業種別に拘らず、所属する部会を選べることとしますので所属希望の部会名を○にて囲って下さい。
- * 多機能型事業所に於いては、実施事業名と定員を全て記入し、所属希望の部会名一つを○にて囲って下さい。

法人実施の全事業	同一法人 実施事業	<input type="checkbox"/> 障害児入所支援	<input type="checkbox"/> 地域活動支援センター	<input type="checkbox"/> 自立訓練(宿泊型)	<input type="checkbox"/> 相談支援事業
		<input type="checkbox"/> 障害児通所支援	<input type="checkbox"/> 就労継続支援B型	<input type="checkbox"/> 福祉ホーム	<input type="checkbox"/> 就業・生活支援センター
		<input type="checkbox"/> 障害者支援施設	<input type="checkbox"/> 就労継続支援A型	<input type="checkbox"/> 居宅介護	<input type="checkbox"/> 重度障害者包括支援
		<input type="checkbox"/> 生活介護	<input type="checkbox"/> 就労移行支援	<input type="checkbox"/> 重度訪問介護	
		<input type="checkbox"/> 療養介護	<input type="checkbox"/> 共同生活援助	<input type="checkbox"/> 行動援護	
		<input type="checkbox"/> 自立訓練	<input type="checkbox"/> 共同生活介護	<input type="checkbox"/> 移動支援	

- * 複数の事業所(施設)がある場合は、全ての事業所(施設)を1枚ずつ本様式に記入し、同一法人にて実施する事業名の□を全て塗り潰して下さい。尚、当協会運営規程により同一法人にて複数の事業を実施する場合は、全事業所の加入をお願い致します。
- * この申込書は一般社団法人愛知県知的障害者福祉協会まで送付してください。
- * この申込書をご提出の際、貴施設の要覧を添付してください。