（様式１）（第２条の２第１項関係）

　　　　　　　　　会員加入申込書

貴会に正会員・準会員として加入いたします。

令和　　　年　　　月　　　日

静岡県知的障害者福祉協会

会　長　天良　昭彦　あて

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所（施設）名 | 　 |
| フリガナ |  |
| 管理者（施設長）名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 加入年月 | 令和　　　年　　　月　　　日　　 | 設置年月日 | 　　　年　　　月　　　日　 |
| 所在地 | 〒 | ＴＥＬ |
| ＦＡＸ |
| フリガナ |  | フリガナ |  |
| 設置主体名 |  | 運営主体名 |  |
|  |
| 施設・事業の形態 | A.障害児入所支援　　　名（福祉型・医療型） |
| B.障害児通所支援（福祉型・医療型） |
|  | 1．児童発達支援センター　　　名 | 2．児童発達支援事業　　　名 | 3．放課後等デイサービス　　　名 |
|  | 4. 多機能型 ｱ.児童発達支援センター　　　名　ｲ.児童発達支援事業　　　名　ｳ.放課後等デイサービス　　　名　ｴ.保育所等訪問支援　ォ．居宅訪問型児童発達支援 |
|  | 5. 多機能型（一体型）　　　名（ｱ.児童発達支援センター　ｲ.児童発達支援事業　ｳ.放課後等デイサービス　ｴ.保育所等訪問支援　ォ．居宅訪問型児童発達支援） |
| C.日中活動系サービス |
|  | 1．療養介護　　　　名 | 2．生活介護　　　　名 | 3．自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名） |
| 4．就労移行　　　　名 | 5．就労継続A型　　　　名 | 6．就労継続B型　　　　名 |
| 7．多機能型・生活介護　　　名 ・自立訓練（機能訓練　　名・生活訓練　　名・宿泊型　　名） ・就労移行　　　名・就労継続A型　　　名 ・就労継続B型　　　名　 |
| D．施設入所支援　　　　名　　　　　　　　　※日中活動については、必ず上記のC欄にご記入下さい |
| E．訪問系サービス　→（ 1．居宅介護　2．重度訪問介護　3．行動援護　4．移動支援　5.同行援護） |
| F．共同生活援　→　　　　名 | G．相談支援事業 |
| H．地域活動支援センター・日中一時支援　　　名 | I．自立訓練（宿泊型）　　　　名 |
| J．福祉ホーム　　　　名 | K．就業・生活支援センター |
| L．就労定着支援　 | M．自立生活援助 |
| 法人本部所在地 | 〒 | ＴＥＬ |  |
| ＦＡＸ |  |
| ＵＲＬ |  |
| 理事長名 |  |

注１．複数の事業がご加入される場合でも、事業ごとに１枚ずつ本様式に記入してください

注２．この申込書をご提出の際、貴事業所の要覧を添付してください

Eメールアドレス