

(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		
	( 7. 児童発達支援センター _____名 4. 児童発達支援事業 _____名 5. 放課後等デイサービス _____名 )		
	( 7. 児童発達支援センター _____名 4. 児童発達支援事業 _____名 5. 放課後等デイサービス _____名 )		
	5. 多機能型 (一体型) _____名		
	( 7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 7. 保育所等訪問支援 )		
	( 7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 7. 保育所等訪問支援 )		
	( 7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 7. 保育所等訪問支援 )		
	( 7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 7. 保育所等訪問支援 )		
	( 7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 7. 保育所等訪問支援 )		
	( 7. 児童発達支援センター 4. 児童発達支援事業 5. 放課後等デイサービス 7. 保育所等訪問支援 )		
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
-----------