

(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 家 込 久 志 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 エ. 保育所等訪問支援 オ. 居宅訪問型児童発達支援 〕		
	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 エ. 保育所等訪問支援 オ. 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