山口県障害福祉サービス協議会（障サ協）入会申込書

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 開設年月日 | (※いずれかに○をつけて下さい） 昭和　平成　令和　 　　年 　　月 　　日開設 |
| 事業所（施設）の長氏　　　　名 |  |
| 設置（経営）主体代表者(役職･氏名） |  |
| 事業所（施設）所　　在　　地 | 〒　　　　　-　　　　　 |
| 担当者（連絡先） | 氏名　　　　　　　　　　　　（電話） |
| 郵送先が上記と異なる場合 | 会費請求書：宛先 | (〒･所在地･宛名) |
| 総会等案内：宛先 | (〒･所在地･宛名) |
| 研修会案内：宛先 | (〒･所在地･宛名) |
| 電話番号 | 　　　　　　　　　　　　　　 | ＦＡＸ番号 | 　　　　　　　　　　　　　 |
| メールアドレス |  |
| ＨＰアドレス |  |
| 入会内容について事業名、定員、希望部会(➀介護 ➁就労 ➂自立訓練 ④居住 ⑤相談 ⑥児童)を御記入ください。 |
| １ | 事業名 | 定員　　　　名 | 部会 |
| 2 | 事業名 | 定員　　　　名 | 部会 |
| 3 | 事業名 | 定員　　　　名 | 部会 |
| 4 | 事業名 | 定員　　　　名 | 部会 |
| 5 | 事業名 | 定員　　　　名 | 部会 |
| 障サ協ホームページの会員名簿への掲載について■掲載項目■ 　設置(経営)主体／事業所(施設)名／事業所(施設)の長／定員／部会／〒 所在地　※連絡先(電話番号、FAX番号、ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ)は掲載いたしません。 | どちらかに○をつけて下さい |
| 掲載を希望 する ・ しない |
| 本会入会の動機やきっかけについて（今後の参考とさせていただきたいと思います） |

山口県障害福祉サービス協議会　会長　様

　上記のとおり、入会を申し込みます。

　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　事業所(施設)の長　　　　　　　　　　　　　　　　印