

全国就労移行支援事業所連絡協議会 会長 殿

申込日： 年 月 日
記入者：

入会申込書

運営法人	(フリガナ)：
	法人名：
入会希望 事業所	(フリガナ)：
	事業所名：
	住 所： 〒 ー 都道府県
	電 話 ・ F A X： 電話番号： FAX：
	M a i l アドレ ス： @ ※ 各種情報をお届けするアドレスとなります。恐れ入りますが、1事業所1アドレスをお願いします。
	ホ ー ム ペ ー ジ： ※ 協議会のホームページで、リンクを貼らせていただきます。
要件確認 (申込時点)	<p>会員規約に基づき、会員事業所は以下の要件を確認し、<input type="checkbox"/> にチェックを入れてください。</p> <p>要件1: 会の目的や行動指針にご賛同いただけること</p> <p>要件2: 入会申込み時点で、就労移行支援の実践を通して、就労実績があること</p> <p>要件3: 行政機関などで求められる情報公表等を行っており、規約第7条第2項の除名要件に抵触していないこと</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 上記3つの入会要件を、全て満たしています。</p>
事業所情報	支 援 対 象 者： (複数回答あり) <input type="checkbox"/> 身体 ・ <input type="checkbox"/> 知的 ・ <input type="checkbox"/> 精神 ・ <input type="checkbox"/> 高次脳 ・ <input type="checkbox"/> 発達 ・ <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> その他 ()
	事業所開設年月： 年 月
	多機能の有無： <input type="checkbox"/> 移行単独 ・ <input type="checkbox"/> 多機能型
	運 営 事 業 の 定 員： ● 就労移行支援事業 名 ● 名 ● 名
	就労定着支援事業 <input type="checkbox"/> 開始済み ・ <input type="checkbox"/> 今後開始予定 ・ <input type="checkbox"/> 開始予定なし
会員希望 代表者	<input type="checkbox"/> 法人 ・ <input type="checkbox"/> 事業所 役職： 氏名(フリガナ)：
入会の きっかけ	<input type="checkbox"/> 当会のホームページ ・ <input type="checkbox"/> 入会案内のチラシ ・ <input type="checkbox"/> メール配信 ・ <input type="checkbox"/> 会員事業所からの紹介 <input type="checkbox"/> その他 ()
その他	代表者以外を連絡窓口にする場合は、下記に氏名・連絡先等をご記入ください

【申込先】全国就労移行支援事業所連絡協議会 事務局 行き

Email: kyougikai@denkikanagawa.or.jp FAX: 045-775-1630

《入会から会費納入までの流れは、以下のようになります。》

①入会のお申込み → ②幹事会による入会の承認(情報配信スタート) → ③事務局より会費(年額1万円)を請求 → ④会費納入