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 | : | 〒 － 都道  府県 | | | | | |
| 電話・FAX | : | 電話番号： FAX： | | | | | |
| Mail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アドレスでお願いします。 | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| 実績確認  (申込時点) | **会員規約に基づき、会員事業所は以下の要件を満たす必要があります。**  会員規約4条 2項 「前年度の就労実績(就労後6か月の定着率)が定員の3割を超えている事業所」 | | | | | | | |
| 就労後6か月の  就労定着者数 | | | ÷ | 就労移行支援事業の  定員 | | ＝ | ３０％以上 |
| 名 | | | 名 | | ％ |
| 事業所情報 | 支援対象者  （複数回答あり） | : | 身体 ・  知的 ・  精神 ・  高次脳 ・  発達 ・  難病  その他 （ ） | | | | | |
| 事業所開設年月 | : | 年 月 | | | | | |
| 多機能の有無 | : | 移行単独 ・  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 |  | 開始済み ・  今後開始予定 ・  開始予定なし | | | | | |
| 会員希望  代表者 | 法人 ・  事業所  役職： 氏名(ﾌﾘｶﾞﾅ)： | | | | | | | |
| 入会の  きっかけ | 当会のホームページ ・  入会案内のチラシ ・  メール配信 ・  会員事業所からの紹介  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**