

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<br>事業所  | (フリガナ)：   |   |                 |   |       |
|  | 事業所名：   |   |                 |   |       |
|  | 住 所： 〒 - 都道府県   |   |                 |   |       |
|  | 電 話 ・ F A X： 電話番号： FAX：   |   |                 |   |       |
|  | M a i l アドレ ス： @  |   |                 |   |       |
|  | ホ ー ム ペ ー ジ：<br>※ 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<br>(申込時点)   | <b>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。</b><br>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<br>就労定着者数   | ÷ | 就労移行支援事業の<br>定員 | = | 30%以上 |
|  | 名   |   | 名               |   | %     |
| 事業所情報  | 支 援 対 象 者：<br>(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<br><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   |   |                 |   |       |
|  | ● 就労移行支援事業 名  |   |                 |   |       |
|  | 運営事業の定員：<br>● 名<br>● 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<br>代表者  | <input type="checkbox"/> 法人 ・ <input type="checkbox"/> 事業所<br>役職： 氏名(フリガナ)：   |   |                 |   |       |
| 入会の<br>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<br><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