

全国就労移行支援事業所連絡協議会 会長

申込日： 年 月 日

記入者：

入会申込書

協議会の規約及び会員行動指針等を確認しました。会の目的、行動指針、活動に賛同し入会を申し込みます。会員行動指針を遵守し、会の活動に協力いたします。

運営法人	(フリガナ) 法人名： 住所：〒 都道 府県
入会希望 事業所	(フリガナ) 事業所名： 住所：〒 都道 府県 電話番号： FAX 番号： E-mail アドレス： ※ 各種情報等をお送りするアドレスとなります。 ホームページアドレス：
実績確認 (申込時点)	就労後 6 ヶ月の就労定着者数/定員=30%以上 ____名/____名= ____% (今年度の基本報酬を算定する計算式)
事業所情報	主たる対象者： 身体 ・ 知的 ・ 精神 ・ 難病 ・ すべて 事業所開設年月： ____年____月 多機能の有無： 移行単独 ・ 多機能（他事業： _____） 就労定着支援事業： 開始済 ・ 今後開始予定 ・ 予定なし
会員希望 代表者	法人・事業所（どちらかに○） 役職： 氏名（フリガナ）：
その他	代表者以外を連絡窓口にする場合は、下記に氏名等を記載ください。

【申込先】全国就労移行支援事業所連絡協議会事務局 行き

FAX 番号：045-775-1630

E-mail：kyougikai@denkikanagawa.or.jp