

太枠内は協会記入欄です

提出日 令和 年 月 日

茨城県精神障害者支援事業者協会
入会申込書

入会希望月	年	月	※法人登記印を押印ください				
ふりがな						㊟	
法人名							
法人所在地	〒						
	TEL			FAX			
	法人HP	http://					
法人代表者	役職	氏名					
連絡担当者	※協会からの電話連絡、メール、書類郵送の宛先となります						
	事業所名			職名	氏名		
	TEL			FAX			
	E-mail						

事業記号	
訪問支援部会	a. 居宅介護 b. 重度訪問介護 c. 行動養護 d. 重度障害者等包括支援 w. 自立生活援助
相談支援部会	e. 相談支援事業所
就労支援部会	k. 就労移行支援 j. 就労継続支援A・B u. 就労・生活支援センター x. 就労定着支援
活動支援部会	f. 地域活動支援センター g. 生活介護 h. 自立訓練 i. 宿泊型自立訓練 m. 児童デイサービス
入所支援部会	n. 短期入所(定員6人以下) o. 短期入所(定員7人以上) p. グループホーム1 (定員合計10人以下) q. グループホーム2 (定員合計20人以下) r. グループホーム3 (定員合計30人以下) s. グループホーム4 (定員合計31人以上) t. 施設入所支援
その他	l. 療養介護 v. その他

グループホーム定員合計	名
-------------	---

事業記号	
------	--

※運営しているグループホームの全施設の定員を合算してください

会員番号

承認日	令和	年	月	日
減免対象	<input type="checkbox"/>			
名簿追加	<input type="checkbox"/>			

実施事業

※裏面の事業記号をご参照ください

事業所名		職名		責任者名		事業記号
事業所 1	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 2	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 3	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 4	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 5	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 6	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 7	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	
事業所 8	TEL		FAX		E-mail	
	住所	〒	-			
	事業所名		職名		責任者名	