送信先:北海道精神障害者社会福祉事業協議会 事務局行

入会申込書

			年	見 月	\Box
経営主体	□社会福祉法人□NPO法人□株式会社※いずれかに✓をおつけ下さい	口財団法人 口その他(口市区町村)	□医療法人	
フリガナ 事業所名					
フリガナ 氏 名		役職等			
事業所種類	□ 就労継続支援 A 型事業 □ 就労継続支援 B 型事業 □ 就労移行支援事業 □ 宿泊型自立訓練事業 □ 生活介護事業	□ 地域活動支	『業(指定・特別 ☑接センター((生活訓練)事類 ▼ーム)型事業	
			※いす	[®] れかに √ をおつけ	下さい
事業所の 所 在 地	₹	FAX	()	-	
メールアドレス	情報提供は主にメールで行いますので、必ず	ずメールアドレスを る	ご記載くださいます	「ようお願い致します	0
開設年月日	(昭和•平成•令和)	年	月	\Box	
事業内容 (自由記載)					
定員数	1. 入所施設定員: 2. 通所事業定員: 3. その他定員:	名 名 名			
〔通信欄〕	ご要望等、ご自由にお書きください。				

北海道精神障害者社会福祉事業協議会 事務局 〒053-0816 北海道苫小牧市日吉町4丁目1番8号 TEL 0144-75-2328 / FAX 0144-75-5858

E-mail: hokusei-kyo@therap.or.jp

FAX 番号 0144-75-5858