

加 入 申 込 書

貴会に会員として加入いたします。

平成 年 月 日

一般社団法人 大阪知的障害者福祉協会
会 長 松 上 利 男 様

フリガナ	
事業所（施設）名	
管理者（施設長）名	印

加入年月	平成 年 月 日	設置年月日	年 月 日
所在地	〒	TEL	
		FAX	
		E-mail	
フリガナ		フリガナ	
設置主体名		運営主体名	

施設・事業の形態	A. 障害児入所支援 _____名（福祉型・医療型）	
	B. 障害児通所支援（福祉型・医療型） 1. 児童発達支援センター _____名 2. 児童発達支援事業 _____名 3. 放課後等デイサービス _____名 4. 多機能型 （ア. 児童発達支援センター _____名 イ. 児童発達支援事業 _____名 ウ. 放課後等デイサービス _____名 エ. 保育所等訪問支援） 5. 多機能型（一体型） _____名 （ア. 児童発達支援センター イ. 児童発達支援事業 ウ. 放課後等デイサービス エ. 保育所等訪問支援）	
	C. 日中活動系サービス 1. 療養介護 _____名 2. 生活介護 _____名 3. 自立訓練（機能訓練 _____名・生活訓練 _____名） 4. 就労移行 _____名 5. 就労継続A型 _____名 6. 就労継続B型 _____名 7. 多機能型 （・生活介護 _____名 ・自立訓練（機能訓練 _____名・生活訓練 _____名・宿泊型 _____名） ・就労移行 _____名 ・就労継続A型 _____名 ・就労継続B型 _____名）	
	D. 施設入所支援 _____名 ※日中活動については、必ず上記のC欄にご記入下さい	
	E. 訪問系サービス →（1. 居宅介護 2. 重度訪問介護 3. 行動援護 4. 移動支援）	
	F. 共同生活援助 _____名 _____箇所	
	G. 相談支援事業（1、実施している 2、実施していない）	H. 地域活動支援センター・日中一時支援 _____名
	I. 自立訓練（宿泊型） _____名	J. 福祉ホーム _____名
	K. 就業・生活支援センター	L. 短期入所事業 _____名（定員）
	その他	
	法人本部所在地	〒
		TEL
		FAX
	URL	

注1. 複数の事業がご加入される場合でも、事業ごとに1枚ずつ本様式に記入してください

注2. この申込書をご提出の際、貴事業所の要覧（パンフレット）を2部添付してください