

一般社団法人日本精神保健福祉事業連合 入会申込書

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日			
会員区分	令和 年 月より加入 ～ 令和 年 3月まで (年度で更新) <input type="checkbox"/> 正会員 <input type="checkbox"/> グループ会員 (子会員) <input type="checkbox"/> 賛助会員 (一口 12000 円) (✓を入れて下さい)					
ふりがな			印			
事業者名	(代表者名： 役職名：)					
	(担当者名： 役職名：)					
ふりがな						
所在地	〒					
TEL		FAX				
E-mail						
ホームページ						
実施事業 ※ 運営する事業へ全て『○』をつけてください。	給付事業 (I)	①共同生活援助 (介護包括型)		地域生活支援事業 (II)	①地域活動支援センター I 型	
		②共同生活援助 (外部利用型)			②地域活動支援センター II 型	
		③居宅介護 (ホームヘルプ)			③地域活動支援センター III 型	
		④行動援護			④地域活動支援センターその他	
		⑤療養介護		⑤その他		
		⑥生活介護		→その他詳細 ()		
		⑦短期入所 (ショートステイ)		相談 (III)	①一般相談	
		⑧施設入所支援			②特定相談	
		⑨自立訓練 (生活訓練)			③委託相談	
		⑩就労移行支援			④その他	
		⑪就労継続支援 A 型			→その他詳細 ()	
		⑫就労継続支援 B 型		(IV)小規模作業所		
			(V)その他 ()			
利用定員登録者数	利用定員	名	登録者数	名		
職員数	常勤	名	非常勤	名		
備 考 【あんしん利用総合補償制度】に加入する⇒ (はい いいえ) どちらかに○をしてください。 ※ ご加入の方には別途、保険加入申込書を送付いたしますのでご記入ください。 ※ 保険加入される場合は入会金が無料です。						

このまま FAX でお申し込みください

FAX 03-6680-8191