



記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

以下の通り、「加盟事業所」の加盟届を提出いたします。

☆下記項目の該当部分に✓、またはご記入下さい。

会 員 制 度	<input type="checkbox"/> 加盟事業所 当機構からお仕事斡旋及びサポートを受けたい就継事業所		
事 業 所 区 分	<input type="checkbox"/> 就労継続支援 A 型事業所 <input type="checkbox"/> 就労継続支援 B 型事業所		
組 織 区 分	<input type="checkbox"/> 社会福祉法人 <input type="checkbox"/> 特定非営利活動法人 <input type="checkbox"/> 一般社団法人 <input type="checkbox"/> その他（記入： _____ ）		
よみがな 事業所の名称			
障害福祉サービスの 事業所番号			
現在の作業内容			
経営責任者の氏名		よみがな	
サビ管の氏名		よみがな	
室長の氏名		よみがな	
郵便物の 送り先住所	〒 _____		
電 話 番 号			
F A X 番 号			
E - m a i l			
質 問 事 項	質問 当機構の事務局（札幌市北区）まで来訪可能ですか？ <input type="checkbox"/> はい、訪問できます。 <input type="checkbox"/> いいえ、逆に当機構による来訪を希望します。		

【加盟届の郵送先】〒 001-0017 札幌市北区北 17 条西 5 丁目 2-15 ニューハイツ三和 101 号室
NPO・道民ささえ合い機構 運営委員 内田貴之

【希望したいお仕事（作業）についてジャンル・難易度・人数などを、余白にご記入下さい】