

福岡県知的障がい者福祉協会

入会申込書

貴会の趣旨に賛同し、入会を申し込みます。

平成 年 月 日

福岡県知的障がい者福祉協会
会長 木 高 徳 典 様

施設長名 _____ 印

ふりがな 施設名		ふりがな 施設長名	
施設認可 年 月 日	S・H 年 月 日	職員数	名
種 別		利用定員数 (サービス事業ごと)	
ふりがな 経営主体 (法人名)		ふりがな 理事長名	
住 所	(〒 _____)		
電話番号			
FAX 番号			
ホームページURL			
メールアドレス			