

# 昭島市障害者(児)福祉ネットワーク入会申込書

平成 年 月 日

昭島市障害者(児)福祉ネットワーク 代表殿

団体名

代表者名

印

昭島市障害者(児)福祉ネットワーク規約第4条の規定に基づき、入会を申し込みます。

|        |  |
|--------|--|
| 団体名    |  |
| 住所     |  |
| 電話番号   |  |
| FAX番号  |  |
| E-mail |  |
| 担当者名   |  |
| 団体について | 活動分類 *該当するところに記入してください<br>・主な対象の障害 身体・知的・精神 その他 ( )<br>・主な対象の年齢 ( )歳 ~ ( )歳<br>・主な活動の形態 通所・訪問・相談支援・その他 ( )<br>・団体の種類 市民団体・NPO法人・社会福祉法人・その他 ( ) |
|        | 活動内容<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....   |