

一般社団法人九州発達障がい支援協会 申込書

法人名・氏名（個人）	<input type="checkbox"/> 法人会員 <input type="checkbox"/> 個人会員
法人住所（〒 住所） （個人住所）	<input type="checkbox"/> 法人住所 <input type="checkbox"/> 個人住所
福祉サービス事業内容	<input type="checkbox"/> 放課後等デイサービス（ ）か所 <input type="checkbox"/> 児童発達支援（ ）か所 <input type="checkbox"/> 保育所等訪問支援（ ）か所 <input type="checkbox"/> その他（ ）
代表者（職・氏名）	職 氏名
連絡先（TEL・FAX）	TEL FAX
福祉サービス以外の 事業・業種・会社等	

担当者名 （所属・職名・氏名）	
連絡先	TEL FAX
メールアドレス	
※紹介者名	会社名 お名前
備考（ご要望など）	
会員 番号	申込先：一般社団法人九州発達障がい支援協会 〒803-0843 福岡県北九州市小倉北区金鶏町9番27号