

変更日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

栃木県精神障害者支援事業協会
正会員(団体)変更事項連絡票

* 団体名と変更点のみご記入ください。

ふりがな				㊞	
団体名					
団体代表者	職名	氏名			
団体所在地	〒				
TEL			FAX		
E-mail					
ホームページ	http://				
事業所	事業所名	施設長名	事業記号(下記の記号記載) その他の場合は具体的に記載のこと		
事業種別	事業区分	記号・サービス名			
	訪問系サービス	A. 居宅介護 B. 行動援護 C. その他			
	地域生活支援事業	D. 相談支援事業 E. 地域活動支援センター F. 移動支援事業 G. 福祉ホーム H. その他			
	日中活動系サービス	I. 生活介護 J. 自立訓練 K. 自立訓練(宿泊型) L. 就労継続支援A型 M. 就労継続支援B型 N. 就労移行支援 O. 短期入所 P. その他			
	居住系サービス	Q. ケアホーム・グループホーム R. 施設入所支援			
	その他	S. 就業・生活支援センター T. 教育機関 U. その他			
連絡担当者	氏名			TEL	
	所属施設			FAX	
	役職			E-mail	

【備考】

※事業所が書ききれない時はこちらに記載して下さい。

変更日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

栃木県精神障害者支援事業協会
正会員(個人)変更事項連絡票

*氏名と変更点のみご記入ください。

ふりがな				印
氏名				
所属機関名(※)		職名		
住所又は連絡先	〒			
TEL		FAX		
E-mail				
ホームページ	http://			
【備考】				

※所属機関名の記入は任意です。

変更日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

栃木県精神障害者支援事業協会
賛助会員(団体)変更事項連絡票

* 団体名と変更点のみご記入ください。

ふりがな				印
団体名				
団体代表者	職名	氏名		
団体所在地	〒			
TEL		FAX		
E-mail				
ホームページ	http://			
連絡担当者	氏名		TEL	
	所属施設		職名	

【通信欄】

※ご希望などがありましたらお書き下さい。

変更日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

栃木県精神障害者支援事業協会
賛助会員(個人)変更事項連絡票

* 氏名と変更点のみご記入ください。

ふりがな				印
氏名				
所属機関名(※)		職名		
住所又は連絡先	〒			
TEL		FAX		
E-mail				
ホームページ	http://			
【通信欄】				

※所属機関名の記入は任意です。