　提出日　　令和　　年 月 日

**石川中央圏域における就労継続支援B型に係る意向登録申込書**

**１.法人概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 法 人 名 |  | | | |
| 代 表 者 |  | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | |
| 担 当 者 |  | | | |
| 担当者連絡先 | 電 話 |  | FAX |  |
| E-mail |  | | |

**２.予定する申請手続の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の種類 | 新規指定　　　・　　　定員増 |
| 開設又は定員増を予定する事業所の所在市町 |  |
| 事業開始（変更）  予定日 | 令和　　　年　　　月　　日（※意向登録申込書提出日から半年以内） |
| 予定する就労継続支援B型の定員 | 新規指定の場合：定員（　　名）  定員増の場合：既存の定員（　　名）　→　変更後の定員（　　名） |

**・メールに本様式を添付し、開設又は定員増を予定する事業所の所在地に応じて下記のアドレスに**

**お申込ください。（電話・窓口・ＦＡＸ・郵送での受付は行いません。）**

**金沢市以外（かほく市、白山市、野々市市、津幡町、内灘町）**

**shofuku2@pref.ishikawa.lg.jp（石川県障害保健福祉課）**

**金沢市**

**syoufuku@city.kanazawa.lg.jp（金沢市障害福祉課）**

**※メールの件名は「（法人名）就労継続支援Ｂ型意向登録申込」としてください。**

**・意向登録申込後、１週間以内に登録完了通知をメールにて返信いたします。申込後、１週間を経過し**

**ても登録完了通知が届かない場合は、石川県障害保健福祉課（076-225-1428）又は金沢市障害福祉課**

**（076-220-2018）にお問合せください。**

**・意向登録の申込数が必要なサービス量に達し次第、登録申込の受付を終了します。**