令和５年度　東京都障害福祉サービス等職員宿舎借り上げ支援事業

説明会 参加申込書

障

必要事項をご記入の上、ＭＡＩＬまたはＦＡＸでお送りください。

ＭＡＩＬ：s-kariage\_setumei@fukushizaidan.jp　ＦＡＸ：03-3344-8596

公益財団法人東京都福祉保健財団　障害職員宿舎借り上げ支援事業担当　宛

希望回に○をしてください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **希望回** | **日　時　（第1期）** | | **会　場** | | **申込締切日（必着）** |
|  | **１** | **6月28日（水） 14：30** | 小田急第一生命ビル19F多目的室2 | | **6月23日（金）** |
|  | **2** | **7月13日（木） 10：00** | 小田急第一生命ビル19F多目的室2 | | **7月10日（月）** |
|  | **3** | **7月25日（火） 14：30** | 小田急第一生命ビル19F多目的室2 | | **7月20日（木）** |
|  | **4** | **8月10日（木） 10：00** | 小田急第一生命ビル19F多目的室2 | | **8月 7日（月）** |
|  | | | | | |
|  | **◇説明会録画の掲載案内希望** | | | 録画の掲載開始及び第２期説明会の案内を希望される場合は、それぞれ〇をしてください。下記ＭＡＩＬ欄にご記入いただいたメールアドレス宛に、日程等が確定し次第連絡いたします。 | |
|  | **◇第２期説明会案内希望** | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 法　人　名 |  | | |
| 部署または施設名 |  | | |
| ふりがな |  | | |
| 参加者氏名  （２名で参加する場合は併記） |  | | |
| 連絡先 | TEL ： | | |
| ＭＡＩＬ ： | | |
| **現在検討している申請区分**  （該当するものに○をしてください。）  ※複数回答可。既に申請済みの区分がある  場合は、含めて回答してください。 | |  | （ア）福祉避難所 |
|  | （イ）災害時協定締結事業所 |
|  | （ウ）災害要件なし事業所 |
| **【（イ）災害時協定締結事業所　申請予定の場合】**  **協定締結状況**  （該当するものに○をしてください。） | |  | 未締結 |
|  | 区市町村と直接締結済（協定書有り**※**） |
|  | 区市町村と協定を締結している協議会や連絡会へ加入済 |

〇本申込書にご記入いただいた個人情報は、当財団にて適正に管理し、当事業の目的以外には使用しません。

〇恐れ入りますが参加決定通知の発行はありませんので、説明会当日、本申込書をご持参のうえご出席ください。

なお、受付及び開場は開始時間の**15分前**からとなります。受付時間以降にお越しください。

**※**区市町村と締結済の協定書がお手元にある場合は、協定内容が本助成事業の要件に合致しているかを

確認させていただくため、説明会参加の際写しをご持参くださいますようお願い致します。