令和７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

障

説明会 参加申込書

必要事項をご記入の上、ＭＡＩＬでお送りください。

ＭＡＩＬ：**s-kariage\_setumei@fukushizaidan.jp**

公益財団法人東京都福祉保健財団　障害福祉サービス等職員宿舎借り上げ

支援事業担当　宛

**会　場　：　新宿第一生命ビルディング19F　多目的室１**

|  |  |
| --- | --- |
| **日　時** | **申込締切日（必着）** |
| **１０月２４日（金） １４：３０** | **１０月２０日（月）　１７：００** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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。 | **【注意】令和７年度の申請区分（ア）（イ）の事業計画書の****受付は、すでに終了しております。** |
|  | **（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** |

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。