様式第8号（第5条関係）

知的障害者職親申込書

丸亀市福祉事務所長　宛

住所

氏名

電話番号（　　）　　―

知的障害者の職親になりたいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 希望する知的障害者の数及びその能力等についての条件 | 通い | 男 | 人 |
| 女 | 人 |
| 住込 | 男 | 人 |
| 女 | 人 |
| 指導訓練事項 |  | 委託終了後の雇用の予定 |  |
| 事務所等の名称及び所在地 |  |
| 事業の種類 |  |
| 従業人員 | 男　　　　人　女　　　　　人　計　　　　人 |
| 世帯構成人員 | 家族　　　人　同居者　　　人　計　　　　人 |
| 住居の規模及び構造 | 敷地 | ㎡ | 建築面積 | ㎡ | 木造その他の別 | 平家二階建等の別 |
| 職親希望の動機及び知的障害者を使用した経験の有無 |  |