令和４年４月

施設長　各位

神奈川県知的障害施設団体連合会

　　　　　　 神奈川県知的障害福祉協会

会　長　　出　縄　守　英

脱退届の送付について

時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

さて、脱退届は施設毎に3枚（日本協会、関東地区会、神奈川県）必要となります。（連合会のみに加入の場合は神奈川県知的障害施設団体連合会宛て１枚）

必要事項を記入、押印のうえ全て下記事務局宛送り返して下さい。

加入をまたお考えの折はご連絡下さい。

長い間ありがとうございました。

事務局　事務担当　三河

 　　 TEL045-316-5610　FAX045-324-0426

 E-mail info@kanagawa-id.org

URL <http://www.kanagawa-id.org>

書類送付先住所

〒221-0825　横浜市神奈川区反町3-17-2　神奈川県社会福祉センター5階

　　　　　　　神奈川県知的障害施設団体連合会

（別紙様式５）

脱　　退　　届

令和　　年　　月　　日付で貴会を脱退いたしたいのでお届けします。

令和　　　年　　　月　　　日

公益財団法人　日本知的障害者福祉協会

会　長　　　井　　上　　　博　　殿

法　　人　　名

施設・事業名

施設長・管理者名　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所所　在　地 |  | TELFAX |
| 施設・事業種　別 |  | 定員 |  |
| 脱退の理由 | ①廃止（平成・令和　　年　　月　　日廃止）　②その他 |

|  |
| --- |
|  |

令和　　　　年　　　　　月　　　　日

〔地方会〕名　称　　神奈川県知的障害施設団体連合会

会長名　　出　縄　守　英　　　　印　経由

|  |
| --- |
|  |

（注）この届出は貴施設の所属する地方会に提出してください。

脱　　退　　届

令和　　年　　月　　日付で貴会を脱退いたしたいのでお届けします。

令和　　　年　　　月　　　日

公益財団法人　日本知的障害者福祉協会

関東地区会長　　山　下　　望　殿

法　　人　　名

施設・事業名

施設長・管理者名　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所所　在　地 |  | TELFAX |
| 施設・事業種　別 |  | 定員 |  |
| 脱退の理由 | ①廃止（平成・令和　　年　　月　　日廃止）　②その他 |

|  |
| --- |
|  |

令和　　　　年　　　　　月　　　　日

〔地方会〕名　称　　神奈川県知的障害福祉協会

会長名　　出　縄　守　英　　　印　　経由

|  |
| --- |
|  |

（注）この届出は貴施設の所属する地方会に提出してください。

脱　　退　　届

令和　　年　　月　　日付で貴会を脱退いたしたいのでお届けします。

令和　　　年　　　月　　　日

神奈川県知的障害施設団体連合会

会　長　　出　縄　　守　英　殿

法　　人　　名

施設・事業名

施設長・管理者名　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設・事業所所　在　地 |  | TELFAX |
| 施設・事業種　別 |  | 定員 |  |
| 脱退の理由 | ①廃止（平成・令和　　年　　月　　日廃止）　②その他 |

|  |
| --- |
|  |

令和　　　　年　　　　　月　　　　日

〔地方会〕名　称　　神奈川県知的障害福祉協会

会長名　　出　縄　守　英　　　印　　経由

|  |
| --- |
|  |

（注）この届出は貴施設の所属する地方会に提出してください。