様式第8号(第6条関係)

|  |
| --- |
| 知的障害者職親委託申請書年　　月　　日小野町長住所　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　本人との続柄　　　　　　　　　　　　　　連絡先　　　電話番号　　　　　　　　　　知的障害者福祉法による職親への委託を希望するので申請します。記 |
| 　 | 本人の状況 | 氏名 | 　 | 性別 | 男・女 | 生年月日 | 年　　月　　日 | 　 |
| 本籍 | 　 |
| 現住所 | 　 |
| 学歴 | 　 |
| 職歴 | 　 |
| 希望する職種 | 　 | 通い・住込いずれも可 |
| 希望事項 | 　 |
| 　 |