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 |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |