

平成 年 月 日

沖縄県知事 殿

事業所の名称
 事業所の所在地
 代表者の氏名
 事業所の電話番号

協力事業所更新申込書

通院患者リハビリテーション事業実施要綱による協力事業所として更新されたく次のとおり申し込みます。

事業所の概要	事業内容	
	事業開始時期	年頃から
	従業員数	男 人、女 人、計 人
	規模・構造等	建物 造 階建 延 m ² 主たる設備
受託希望者数・氏名等	男 人、氏名： 女 人、氏名：	
社会適応訓練の内容		
精神障害者を雇用した経験の有無	有 人（男 人、女 人） 無 使用期間 年 月位	
主として指導する者	氏名 (男・女) (年令 歳)	
備考	本事業の協力事業所であることの公表 (県ホームページへの事業所名の掲載) 可・否	

※ 事業所の名称等の記載については、記名押印又は署名のいずれかによること。