

# 障がい福祉サービス等情報公表システム用 ログイン ID 確認依頼書

この用紙に必要事項を記入のうえ、メール または ファックスにて福祉局運営指導課宛てに提出してください。

\*ログイン ID は、法人単位で付与されます。複数の事業所等がある場合でも、1法人につき1つの ID と なります。

依頼年月日		
法人名称		
施設・事業所 <small>複数の事業所等がある場合は、 いずれか1つを記載ください</small>	事業所番号	施設・事業所の名称
担当者名		
連絡先 (電話番号)		

\*本市の処理が完了後（約2～3日）、障がい福祉サービス等情報公表システム（WAM NET）から、登録されている情報公表用法人メールアドレス宛てに ID と仮パスワード が自動送信されます。

## 【メールによる提出】

送信先：[uneishidou2@city.osaka.lg.jp](mailto:uneishidou2@city.osaka.lg.jp)

\*情報公表システム連絡専用アドレスです。他の目的では使用できません。

件名：**【情報公表システム ID 確認依頼】**と記載してください。

## 【ファックスによる提出】

送信先：大阪市福祉局障がい者施策部運営指導課宛て

ファックス番号：06-6241-6608

大阪市処理欄	
処理日	
備考	