

障がい福祉サービス等情報公表システム用 法人メールアドレス 登録・変更届

この用紙に必要な事項を記入のうえ、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。 ***登録誤りを防ぐため、できるだけメールにて提出してください。**

★障がい福祉サービス等情報公表制度について詳しくは、大阪市ホームページでご確認ください★

大阪市 HP : <https://www.city.osaka.lg.jp/fukushi/page/0000507749.html>

届出年月日		届出の種別 いずれかを選択します	<input type="checkbox"/> 新規登録 <input type="checkbox"/> 変更
法人名称			
施設・事業所 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	事業所番号 新規指定の場合は記載不要	施設・事業所の名称	
情報公表用 法人メールアドレス			
メールアドレスのカナ※			
担当者名		連絡先 (電話番号)	

※ファックスで提出される場合は、登録誤りを防止するため、必ず記載してください。

例) senba.3@osaka.jp カナ: イシイシビ-エド-ツサアットマークオ-イシイ-ケ-エド-ツジ-エビ-

*本市の処理が完了後、障がい福祉サービス等情報公表システム（WAM NET）から登録（変更）した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ので、改めて「マイ ID 確認依頼書」を提出していただく必要はありません。

*マイ 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。

【メールによる提出】

送信先 : 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 : **【情報公表システム用メールアドレス】** 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	