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報公表制度について詳しくは、大阪市ホームぺ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** | [ ] 　新規登録[ ] 　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：ｴｽｲｰｴﾇﾋﾞｰｴｰﾄﾞｯﾄｻﾝｱｯﾄﾏｰｸｵｰｴｽｴｰｹｰｴｰﾄﾞｯﾄｼﾞｪｲﾋﾟｰ

＊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「ﾛｸﾞｲﾝID確認依頼書」を提出していただく必要はありません。

＊ﾛｸﾞｲﾝ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。

**【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。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 大阪市処理欄 |
| 処理日 |  |
| 備　考 |  |

**【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