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。

|  |  |
| --- | --- |
| **依頼年月日** |  |
| **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 | 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

　　　＊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。

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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