（別紙）

障害福祉サービス等情報公表システム　連絡先登録票

１　事業者（法人）情報

事業者（法人）名（※1）	連絡先メールアドレス（※2）

※1　法人名は登記内容に合わせ、社会福祉法人〇〇、特定非営利活動法人〇〇、株式会社〇〇など、正確に記載してください。

※2　今後の情報公表制度の連絡先となりますので、法人事務所等の代表するアドレスを記載してください。（携帯電話のアドレスは不可）

２　事業所情報

指定を受けている事業所番号ごとに情報を入力してください。（多機能型等複数のサービスを提供している事業所についても、一つの事業所として報告）

入力する行が不足する場合は、適宜行の追加を行ってください。

事業所番号	事業所名	連絡先メールアドレス（※3）

※3　県からの情報提供等の連絡先となりますので、事業所の代表アドレスを記載してください。（携帯電話のアドレスは不可）

なお、このメールアドレスは上記１の法人のメールアドレスと同じものでも構いません。