別 紙

明石市障害福祉課　事業所指定担当　行

（E-mail：shoufuku@city.akashi.lg.jp）

**登録メールアドレス等変更届**

連絡日：　　年　月　日　　事業所担当者名：

|  |  |
| --- | --- |
| 登録変更するサービス種別  （該当するものすべてに☑） | 児童発達支援センター  医療型児童発達支援  児童発達支援  放課後等デイサービス  保育所等訪問支援  居宅訪問型児童発達支援 |
| 事業所名 |  |
| 事業所電話番号 |  |
| 事業所番号  ※複数変更する場合は、該当番号をすべて記載してください。 |  |
| 変更する事業所メールアドレス  ※市から各事業所への連絡、事業所一覧掲載等に使用するアドレスです。  ※大文字と小文字がはっきり分かるよう記載ください。  ※ｂと６、ｇと９等、紛らわしい字があるため、フリガナをつけてください |  |
| 法人メールアドレス（ＷＡＭネット登録情報「事業者メールアドレス」）を変更する場合  ※主に、ＷＡＭネットの通知に使用されるアドレスです。 |  |