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☑） | 居宅介護  重度訪問介護  同行援護  行動援護  療養介護  生活介護  短期入所  重度障害者包括支援  自立訓練（機能訓練）  自立訓練（生活訓練） | 宿泊型自立訓練  就労移行支援  就労継続支援Ａ型  就労継続支援Ｂ型  就労定着支援  共同生活援助  施設入所支援  計画相談支援  地域移行支援  地域定着支援  自立生活援助 |
| 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。 |  | |