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。 |  |