障害福祉サービス等情報公表システムに係る登録フォーム

**＜法人情報＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　提出先：jouhoukouhyou@pref.saga.lg.jp**

|  |  |
| --- | --- |
| 〇法人番号（13桁）…指定番号ではなく、国税庁通知番号 |  |
| 〇法人等名称 |  |
| 〇法人等名称（ふりがな） |  |
| 〇法人等の主たる事務所の所在地郵便番号 |  |
| 〇主たる事務所の所在地（市町名） |  |
| 〇主たる事務所の所在地（町名・番地 建物名・部屋番号等） |  |
| 〇情報公開システムからの連絡用メールアドレス |  |
| 〇法人等代表者の氏名 |  |
| 〇法人等の連絡先電話番号 |  |
| 〇法人等代表者の職名 |  |
| 〇法人等の設立年月日（西暦） | 　　　　　　年　　　月　　　日 |

連絡担当者氏名：

連絡担当者電話番号：

※既に別の障害福祉サービス等を行っており、本システムに登録されている（ID、パスワードが割り振られている）場合は法人情報の記載は不要ですが、次頁の事業所情報を記入してください。

※アルファベットは「半角」で入力してください。

**＜事業所情報＞**…複数の事業所がある場合はコピー＆ペーストして複数作成してください

|  |  |
| --- | --- |
| 〇事業所名 |  |
| 〇事業所名（ふりがな） |  |
| 〇事業所指定番号（10桁） |  |
| 〇実施サービス（生活介護、居宅介護 等） |  |
| 〇事業所の郵便番号（ハイフン省略） |  |
| 〇事業所の所在地（市町名） |  |
| 〇事業所の所在地（町名・番地 建物名・部屋番号等） |  |
| 〇事業所の電話番号 / FAX番号 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　FAX番号： |
| 〇管理者氏名、職名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　職名： |

災害時緊急連絡先（携帯電話番号）：

災害時緊急連絡先（メールアドレス）：

|  |  |
| --- | --- |
| 〇事業所名 |  |
| 〇事業所名（ふりがな） |  |
| 〇事業所指定番号（10桁） |  |
| 〇実施サービス（生活介護、居宅介護 等） |  |
| 〇事業所の郵便番号（ハイフン省略） |  |
| 〇事業所の所在地（市町名） |  |
| 〇事業所の所在地（町名・番地 建物名・部屋番号等） |  |
| 〇事業所の電話番号 / FAX番号 | 電話番号：　　　　　　　　　　　　FAX番号： |
| 〇管理者氏名、職名 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　職名： |

災害時緊急連絡先（携帯電話番号）：

災害時緊急連絡先（メールアドレス）：