

受付番号	
------	--

障がい者総合支援法・児童福祉法 - 連絡票

受 付 印

審査担当	審査完了日	返信日	システム	HP 修正
	/	/	/	有・無

◆太線枠内（色付き）に必要事項を記載して変更届（変更申請）と一緒に提出してください

事業所番号	2	7								市町村名	
事業所名											
電話番号	※電話番号は、書類作成担当者につながる番号。										
FAX											
メールアドレス	※アドレス間違い(大文字・小文字等)に注意 ※メールアドレスは補正連絡のため必ず記載										
作成担当者											
受付返信方法	<input type="checkbox"/> メールによる返信希望										
	<input type="checkbox"/> 返信用封筒による返信希望										
	※上記に「✓」がなければ返信は行いません。 メールアドレスの不備や返信用封筒の同封がない場合は、返信できませんので、ご了承ください。										

返信用封筒が同封されている場合、受付返信メール希望の有無にかかわらず返信用封筒で返信します。

変更事項に関する「情報公表システム（WAM NET）」の入力も忘れずをお願いします。

補正の有無（有・無）	
提出期限	処理完了
月 日	月 日
・連絡票	・変更届
・組織体制図	・経歴書
・運営規程	・誓約書
・付表	・資格証(写)
・勤務形態一覧表	・実務経験証明書
・履歴事項全部証明書	・写真・平面図
・その他（	）