岩手県保健福祉部障がい保健福祉課障がい福祉担当　行

障害福祉サービス等

情報公表システム専用

FAX　 019-629-5454

Email　 AD0006@pref.iwate.jp

事業所情報登録（変更）連絡票

回答者：

連絡先：

標記について、以下のとおり報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 事業所所在地 | 〒 |
| 電話 |  |
| FAX |  |
| 事業所管理者　職名 |  |
| 事業所管理者　氏名 |  |
| サービスの種類 |  |
| 事業所の指定状況 | 新規　・　廃止　・　休止※いずれかに〇をしてください。 |
| 災害時緊急連絡先、福祉避難所の指定有無、非常用自家発電の有無及びハザードマップ対象フラグの変更 | 有り　・　無し※有りの場合は、災害時情報共有システムより連絡先アドレスあてに更新申請メールをお送りします。 |