

障害福祉サービス等情報公表システム 公表申請差戻依頼書

記入者	氏名	
	電話	

※1 必須項目を記入してください。  
 ※2 2行目以降は、同一の事業所番号で複数のサービスを一体的に行う場合に記入してください。

法人情報※1													必須入力
法人番号 (13桁)													
法人の種類 (ドロップダウンリストから選択)													
法人の名称													必須
法人の名称 (ふりがな)													必須

事業所情報 (事業所番号ごとに作成してください。) ※1													必須入力
事業所番号													必須
事業所の名称													必須
事業所の名称ふりがな													必須
サービスの種類※2	1												必須
	2												
	3												
	4												
	5												