障がい者総合支援法・児童福祉法 － 連絡票

審査担当	審査完了日	返信日	システム	HP 修正
	/	/	/	有 ・ 無

受 付 印

◆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											**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	※メールアドレスは補正連絡のため、下方「受付返信メール希望」の✓有無にかかわらず**必ず記載**。											
作成担当者												
受付返信メール希望	□ 希望 ※メールにて受付印押印済みの変更届出(変更申請)書等の写しの返信を希望する場合のみ「チェック✓」する。											

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）」の入力も忘れずにお願いします。

補正の有無　（　有　・　無　）

提出期限　　月　　日　　処理完了　　月　　日

・連絡票　・変更届　・付表　・勤務形態一覧表　・事業所一覧

・組織体制図　・経歴書　・資格証(写)　・実務経験証明書　・写真・平面図

・運営規程　・誓約書　・履歴事項全部証明書　・その他（　　）