様式第４号

ＩＤ通知書再発行申請書

　　年　　月　　日

千葉県介護サービス情報公表センター　様

申請者

代表者・職氏名

電話番号

連絡先担当者

　下記の事業所について、介護サービス情報報告システムへログインをする為のＩＤ通知書の再発行を申請します。

記

1. 事業所番号
2. 事業所名称
3. 介護サービスの種類
4. 通知書送付方法

|  |  |
| --- | --- |
| メール | ＦＡＸ |
| メールアドレス記入欄： | ＦＡＸ番号記入欄： |

　※ＩＤ通知書を受け取る方法について、メールまたはＦＡＸのいずれかをご選択いただき、メールアドレスまたはＦＡＸ番号をご記入ください。