千葉県障害福祉事業課　法人指導班　行
メール:chiba_jyoho@pref.chiba.lg.jp　　FAX:043-222-4133

障害福祉サービス等情報公表システムにおける基本情報 登録・再開 依頼書

記入者	氏名	
	電話	

※1　１つのＩＤにつき、連絡用アドレスは１つです。
　　また、千葉県ではなく、政令指定都市や中核市など他の自治体で事業所の指定をされた場合
　　（計画相談支援及び障害児相談支援を除く）は、それぞれの自治体で別にＩＤが発行されます。
※2　指定通知が届く前にこの登録依頼をする場合は、記入不要です。
※3　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。

手続き

		必須入力
手続きの種類		必須
事業所の開設・再開年月日	令和　　年　　月　　日	必須

法人情報（すでに法人情報を登録している場合は、「法人の名称」のみの記載で結構です。）

		必須入力	公表
法人番号（13桁）			公表
法人の種類（ドロップダウンリストから選択）		必須	
法人の名称		必須	
法人の名称（ふりがな）		必須	
法人の主たる事務所の所在地郵便番号	ー	必須	
法人の主たる事務所の所在地		必須	
法人の連絡先 電話番号		必須	
法人の連絡先 FAX番号			
法人のホームページURL			
システムからの連絡用メールアドレス※1		必須	
法人代表者の氏名		必須	公表
法人代表者の職名		必須	
法人の設立年月日（西暦で記入）	年　月　日	必須	

事業所情報（事業所番号ごとに作成してください。）

		必須入力	公表
事業所番号※2		※2	公表
事業所の名称ふりがな		必須	
事業所の名称			
事業所の所在地郵便番号	ー		
事業所の所在地			
事業所の連絡先　電話番号			
事業所の連絡先　FAX番号			
事業所の連絡先　メールアドレス			
事業所のホームページURL			
事業所　管理者氏名		必須	
事業所　管理者職名		必須	
サービスの種類※3	1	必須	
	2		
	3		
	4		
	5		