（様式第3号）

介護サービス情報（基本情報）訂正依頼書

大阪府指定情報公表センター長（総括責任者）　様　　　　　　　　　　　年　　月　　日

事業所名				
事業所所在地				
事業者番号				
介護サービスの種類				
担当者名				
連絡先	TEL		FAX	
	E-mail			

※訂正を行う方法に〇を付けてください。

	ID・パスワードを利用（WEB方式）し、事業所において訂正を行う。 ※訂正した箇所を（「所在地」・「電話番号」のように）記入してください。 （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
	公表センターにおいて訂正を行う。 ※訂正を行う箇所の写し等を別紙で添付してください。 ※事業所番号の変更の場合は旧番号と新番号を下記に記載してください。

旧番号		新番号	

※訂正理由を記載してください。

例）・誤記のため
　　・事業所名の変更のため　等

※注意事項

① 訂正は、原則として基本情報に限ります。ただし、記載内容の時期を特定して記入するもの（従業者の状況、提供実績等）は除きます。

② 法人名・事業所名・住所・電話番号・FAX番号等の変更については、所管の行政庁へも併せて変更届を提出してください。

③ 事業者番号に変更があった場合の訂正は、事業者では行うことができません。上記訂正箇所に新旧の事業者番号を記入の上、提出してください。

④ 確認のため連絡させていただく場合がありますので、ご協力をお願いします。

⑤ FAX・郵送・メールで提出してください。電話での依頼は受け付けできません。