

(様式第4号)

## 介護サービス情報（基本情報）訂正依頼書

令和 年 月 日

大阪市指定情報公表センター長（総括責任者）様

事業者名			
事業者所在地			
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○をつけてください。

<input type="checkbox"/>	ID・パスワードを利用（WEB方式）し、すでに公表している情報の訂正を事業所が行う。 ※訂正した箇所（住所・電話番号等）を下記に記入してください。 ( )				
<input type="checkbox"/>	上記以外・公表センターにおいて訂正を行う。 ※訂正が必要となる箇所の写しなどを別紙で添付してください。				
<input type="checkbox"/>	事業所番号の変更	旧番号		新番号	

※訂正理由にチェックをつけてください。

- 法人名、事業所名の変更 : 変更年月日 令和 年 月 日
- 代表者の変更 : 変更年月日 令和 年 月 日
- 利用料の変更 : 変更年月日 令和 年 月 日
- 誤記のため
- その他 ( )

※注意事項

<p>①訂正できるのは基本情報だけです。運営（調査）情報は変更できません。</p> <p>②記入年月日は大阪市長の計画により定められており、変更はできません。</p> <p>③時点修正による変更は、原則できません。（利用料金は例外として認めています。）</p> <p>④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、事業者所管の行政庁へも併せて変更届を提出してください。</p> <p>⑤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。</p> <p>⑥上記訂正箇所に新旧の事業者番号を記入のうえ、提出してください。</p> <p>⑦WEB方式で訂正を行った場合、本様式の提出がない場合、再公表はできませんのでご注意願います。</p> <p>⑧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。 また、WEB方式の場合公表センターで審査後、再公表を行います。</p> <p>⑨FAX・郵送・メールでの提出が可能です。電話での依頼は受付できません。</p>
---

(返信先) 大阪市指定情報公表センター

TEL 06-6762-9476 ・ 06-6762-9471

FAX 06-6764-5374

(法人名) 社会福祉法人大阪府社会福祉協議会

E-mail kouhyou@osakafusyakyu.or.jp