

# FAX 送信票

## パスワード再通知依頼書

通知文書の紛失等により介護サービス情報報告システムへの  
ログインパスワードが分からない場合の再通知依頼書

\* \* \*

大阪府社会福祉協議会内 介護サービス情報公表センター宛

**送信先 FAX 番号： 06-6764-5374**

事業所詳細ご確認（全てご記入ください）

事業所名	
サービス種別	
事業所番号（ID）	
通知方法	<input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送(※)
FAX 番号	郵送をご希望の場合は記入不要です。
ご担当者氏名	
ご連絡先（電話番号）	確認のお電話を入れる場合もございます。

※ 郵送をご希望の場合は、事業所へお送りしますので住所の記入は不要です。

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会  
総務企画部 介護サービス情報公表センター