

【取込種別】※次のとおり選択

- 設置時：1 追加
- その他：2 修正

【被災確認事業所番号】

災害時情報共有システムのID(13桁)を入力。
(不明な場合はお問合せください。)

重要事項説明

記入年月日	年	月	日
記入者名			
所属・職名			
取込種別	2 修正		
被災確認事業所番号	1010101010101		

1 事業主体概要

種類	※法人の場合、その種類	
名称	(ふりがな)	
法人番号	法人番号有無	
	法人番号	
主たる事務所の所在地	〒	-
連絡先	電話番号	-
	FAX番号	-
	メールアドレス	
	ホームページ有無	
	ホームページアドレス	
代表者	氏名	
	職名	
設立年月日	年	月
主な実施事業	※別添1 (別に実施する介護サービス一覧表)	

未記入

未記入

未記入

未記入

「未記入」とある箇所は
情報公表システムへの
取り込みにあたって
記載必須項目です。
必ず記載してください。

※以降のページも同様です。