**介護サービス情報の公表**

**報告システムログインパスワード再発行依頼書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービスの種類 |  |
| 事業所番号（ＩＤ） |  |
| 事業所住所 | 〒 |
| ＴＥＬ番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| 担当者名 |  |

※上記必要事項を記入の上、ＦＡＸでお送りください。

※ＦＡＸ送信表は不要です。

送付先：熊本市健康福祉局福祉部

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　介護保険課介護事業指導室

ＦＡＸ：０９６－３２７－０８５５

介護サービス情報の公表　担当者　宛て

|  |
| --- |
|  |

《　返　信　用　》

令和　　年　　月　　日

 様

|  |
| --- |
|  |

**パスワード　【　　　　　　　　　　　　　　　　　】**

**※ＩＤ及びパスワードは必ず半角で入力してください。**

**※次年度以降においても本パスワードを使用する予定ですので、本シートを必ず保管しておいてください。**

**※報告システムの入力よろしくお願いいたします。**