**障害福祉課宛**　　　　　　　　　　　　　　FAX　0742-22-1814

**情報公表システム（WAMNET）についてのお問合せ**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 担当者 |  |
| 事業所名または事業所番号のどちらか（県指定のもの一つでかまいません） | ※市町村から指定を受けている事業者様は各市町村にお問い合わせください |
| メールアドレスWAMNETの登録に使用するもの | ※奈良県（奈良市除く）で登録できるアドレスは法人で１つ。　　　　　　　　　　＠　　　　　　　　　　 |
| 電話番号 |  |
| お問合せ内容 |  |

**以下休廃止がある場合のみ記入**

休止の場合（どちらかにチェックをお願いいたします）

□WAMNETに休止情報を載せない

□WAMNETに休止情報を載せる

休止

|  |  |
| --- | --- |
| 対象の事業所名 |  |
| 対象の事業所番号 |  |
| 対象のサービス名 |  |

廃止

|  |  |
| --- | --- |
| 対象の事業所名 |  |
| 対象の事業所番号 |  |
| 対象のサービス名 |  |

廃止の場合は削除になります