**メールアドレス等登録連絡先届出書**

サービス事業所ごとに届出

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| サービス種別 |  |
| 事業所所在地 | （〒　　　－　　　　） |
| メールアドレス | （□事業所代表　□事業所担当者　） |
| 電話番号 |  |
| 担当者名 |  |
| 備考 |  |

［注意事項］

※事業所所在地は、市町村名から記載してください。

※メールアドレスは、可能であれば事業所代表のものを記載してください。

［提出先］

東三河広域連合福祉事業部介護保険課　指定グループ

住所：豊橋市八町通２丁目16番地

電話：0532-26-8470・8471　ファックス：0532-26-8475

メール：kaigohoken@union.higashimikawa.lg.jp