Ｅメールアドレス登録票（情報公表制度用）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| ご担当者 |  |
| 連絡先 | TEL　　　　　　　　　　　FAX |
| 事業所番号 |  |
| 事業所種別 | 計画相談支援　・　障害児相談支援事業所（指定を受けている事業に○をしてください。） |
| Ｅメールアドレス |  |
| ○Ｅメールアドレスの記入につきましては、大文字と小文字、ハイフン（－）とアンダーバー（＿）などが明確に確認できるよう、お願いいたします。○１法人１メールアドレスの登録となります。（既に障害者総合支援法に基づく別の事業所の指定を受け、法人代表のアドレスを登録している場合はそのアドレスをご記入ください。） |
| 障害者総合支援法の改正により、平成３０年４月から障害福祉サービス等の情報公表制度が創設されました。これは、障害福祉サービス等の施設・事業者が、事業所等の所在地等の基本情報や苦情対応の状況等の運営情報等を都道府県に報告し、都道府県が確認後に公表する制度です。なお、回答いただいたメールアドレスの情報は、府中市を通じ東京都に報告します。東京都から独立行政法人福祉医療機構に提供させていただきますので、あらかじめ御了承の上、御回答いただくようお願いします。 |