介護サービス情報報告システムに係るパスワード再通知願

　　年　　月　　日

栃木県保健福祉部高齢対策課長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法 人 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　介護サービス情報報告システムに係る下記事業所のパスワードを失念したため、再通知をお願いします。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号（ログインＩＤ） | 事業所名 | サービス名 |
| １ | 09 |  |  |
| ２ | 09 |  |  |
| ３ | 09 |  |  |
| ４ | 09 |  |  |
| ５ | 09 |  |  |
| ６ | 09 |  |  |
| ７ | 09 |  |  |
| ８ | 09 |  |  |
| ９ | 09 |  |  |
| 10 | 09 |  |  |

（注意）

１　システムのログインＩＤは、介護保険事業所番号になります。

　２　パスワードを再通知するために、110円分の切手を貼付した返信用封筒（長３、宛名

記載）を同封してください。