

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

東串良町長 様

所在地
申請者 名 称
代表者の職・氏名

㊟

次のとおり、事業を（廃止・休止・再開）いたしましたので届け出ます

	介護保険事業所番号		
廃止（休止・再開）する事業所	名 称		
	所在地		
廃止・休止・再開の別	廃止 ・ 休止 ・ 再開		
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日		
廃止・休止した理由			
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置（廃止・休止した場合のみ）			
休止予定期間	年 月 日から 年 月 日まで		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。