

第1号指定事業者廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大和高田市長 様

所在地

届出者

名 称

代表者氏名

印

事業の（廃止・休止・再開）をしますので、次のとおり届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
事業所の名称等	名 称																			
	所在地																			
サービスの種類																				
廃止・休止・再開の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開																			
廃止・休止・再開する年月日	年 月 日																			
廃止・休止する理由																				
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・休止する場合のみ）																				
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日																			

- 【備 考】①事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。
②廃止・休止する日の1か月前までに届け出てください。