

様式第5号(第4条関係)

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所 再開届出書

年 月 日

市川市長

住所
申請者 (所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
再開した事業所	名称																		
	所在地																		
サービスの種類																			
再開した年月日	年 月 日																		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。