

再開届出書

年 月 日

市(町・村)長 殿

所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

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、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。