

再開届出書

年 月 日

市(区・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																				
	法人番号																				
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を添付してください。