

再開届出書

年 月 日

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。