

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										
	名称										
	所在地										
再開した事業所											
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。