

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

磐田市長

事業者 所在地

名称

代表者氏名



次のとおり事業の廃止・休止・再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者 番号								
廃止・休止・再開する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
廃止・休止・再開の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開								
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日								
廃止・休止・再開した理由									
現にサービス又は支援を受けて いた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。