

様式第6号（第4条関係）

再開届出書

年 月 日

多治見市長

事業者 所在地
名称
代表者職氏名

印

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																			
再開した年月日	年 月 日																			
再開したサービス種別																				

備考

- 1 様式第1号、付表及び介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従業員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。
- 2 再開した日から10日以内に届けてください。