

廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

(届出先)
多治見市長

所在地
事業者 名称
代表者職氏名

㊟

次のとおり、事業又は施設の廃止（休止、再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																				
対象事業所	名称																				
	所在地	(〒 -)																			
	連絡先	担当者氏名																			
		電話番号																			
FAX 番号																					
事業の種類																					
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 した理由																					
現に介護予防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 1 事業の再開に係る届出にあつては、第1号様式、付表及び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。
- 2 事業の廃止、休止、再開した日から10日以内に届けてください。