

再開届出書

年 月 日

さぬき市長 殿

所在地

事業者 名 称

代表者氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 再 開 す る 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 省令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。