

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

利根町長 様

届出者 住所  
(主たる事務所の所在地)  
氏名 ㊟  
(名称及び代表者の氏名)

次のとおり事業の廃止・休止・再開について届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止・休止・再開事業所及び事業の種類	名称	
	所在地	
	事業の種類	
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開	
廃止・休止・再開年月日	年 月 日	
廃止・休止の理由		
現にサービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止の場合のみ）		
休止予定期間	年 月 日 から 年 月 日まで	

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。