

廃止・休止・再開届出書

令和 年 月 日

浦幌町長 様

所在地

申請者 名 称

代表者

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）をする事業所	名 称
	所在地
休止・廃止・再開の別	休止・廃止・再開
休止・廃止・再開年月日	令和 年 月 日
休止・廃止をした理由	
現にサービス又は支援を受けていたものに対する措置 （休止・廃止した場合のみ）	
休止予定期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日

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者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。