

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）をいたしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号													
廃止・休止・再開する事業所	名 称													
	所在地													
サ ー ビ ス 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	令和 年 月 日													
廃 止 ・ 休 止 し た 理 由														
現にサービス又は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	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の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。