様式第5号(第6条関係)

甲佐町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　甲佐町長　　　　　　様

所在地

)

事業(開設)者　 名　称

代表者職・氏名　　　　 　　　 ㊞

　　　次のとおり事業を再開するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| (郵便番号　　　―　　　　)  所在地 | | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | | |
| 再開予定年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 | | | | | |  | | | | | |

添付書類　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