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