

再開届出書

年 月 日

市(区・町・村)長殿 所在地

申請者 名称

代表者職名・氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

介護保険事業所番号	
法人番号	
再開した事業所	名称
	所在地
サービスの種類	
再開した年月日	年 月 日

備考 事業の再開に係る届出にあっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。