

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

五 泉 市 長 様

開設者 住所
 (所在地)
 氏名
 (名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を廃止(休止・再開)するので届け出ます。

| | | | | | | | | | |
|--|--------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | 介護保険事業者番号 | | | | | | | | |
| 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 | 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る者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ) | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 休止日 ~ 年 月 日 | | | | | | | | |

備考 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。