

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

九度山町長 様

所在地

届出者 名称

印

代表者氏名

次のとおり事業の { 廃止（休止）をするので
再開をしましたので } 届け出ます。

	介護保険事業所番号								
届出に係る事業所	名称								
	所在地								
廃止・休止・再開の別	廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開								
廃止・休止・再開の年月日	年 月 日								
廃止・休止する理由									
現に支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止する場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
担当者氏名	連絡先 TEL		FAX						

備考 事業の再開に係る届出にあっては、施行規則に定める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。