

廃止・休止・再開 届出書

年 月 日

坂井地区広域連合長 あて

所在地

申請者 名称

代表者氏名



次のとおり事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	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										
休止・廃止・再開の別	休止・廃止・再開									
休止・廃止・再開した年月日	年月日									
休止・廃止した理由										
現にサービス又は支援を受けていた者 に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)										
休止予定期間	年月日～年月日									
担当者の職・氏名	連絡先 (Tel/FAX)									

備考 事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。