様式第4号(第4条関係)

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所　再開届出書

年　　月　　日

　南丹市長　　　　　　　　　様

所在地

申請者　　名　称

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　次のとおり事業を再開したので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 | | | | | | | | | | |
| 再開した理由 |  | | | | | | | | | | |

　備考　1　事業の再開に係る届出にあっては、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。

　　　　2　事業の再開をした日から10日以内に届け出てください。