

再開届出書

年 月 日

三股町長 様

所在地

事業者 名称

印

代表者氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
再開する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
再開年月日	年 月 日								
再開の理由									

備考 介護保険法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。