

廃止・休止届出書

年 月 日

三股町長 様

所在地

事業者 名称

印

代表者氏名

次のとおり事業の廃止・休止をしますので届け出ます。

	介護保険事業所番号								
廃止・休止する事業所	名称								
	所在地								
サービスの種類									
廃止・休止の別	廃 止 ・ 休 止								
廃止・休止した年月日	年 月 日								
廃止・休止した理由									
サービス又は支援を受けていた者 に対する措置									
休止予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日								