

再開届出書

年 月 日

三股町長 様

申請者 所在地  
名 称  
代表者名称 印

次のとおり事業所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										
再開年 月 日	年 月 日										

備考 当該事業所に係る従業員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。