

再開届出書

年 月 日

山泉市長 様

住所（所在地）

事業（開設）者 名称

代表者氏名

印

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	2	1										
再開した事業所	名称												
	所在地												
再開した年月日	年 月 日												
サービスの種類													

備考

- 1 事業の再開に係る届出にあつては、付表及び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 事業の再開した日から10日以内に届けてください。