廃止・休止・再開　届出書

年　　月　　日

　安来市長　様

所在地

事業者　　名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

次のとおり事業の廃止・休止をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休止　・　廃止　・再開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止しようとする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービスを受けている者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止しようとする場合にあってはその予定期間 | 年　月　日～　　　年　月　日 | | | | | | | | | | |

備考　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及び勤務形態に関する書類を添付してください。