様式第5号(第3条関係)

　　　　年　　月　　日

　　身延町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）

所在地

　名称　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

指定地域密着型サービス事業所・指定地域密着型介護予防サービス事業所

再開届出書

　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 | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
| 再開した理由 |  | | | | | | | | |
| 休止前と変更になった事項 |  | | | | | | | | |

備考

　1　従業者の勤務の体制及び勤務形態が確認できる書類を添付してください。

　2　休止前の状態と変更がある場合は変更に関する書類を提出してください。