様式第9号(第6条関係)

年　　月　　日

身延町長　　　　　　　様

(届出者)

所在地

名　称

代表者名　　　　　　　　㊞

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

次のとおり、事業を再開しますので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再開する  事業所 | 事業所番号 |  |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 再開するサービス | |  |
| 再開する年月日 | | 年　　月　　日 |
| 再開する理由 | |  |
| 担当者 職名、氏名  連絡先 | |  |

備考

　1　再開した日から10日以内に届け出てください。

　2　事業の再開を届け出る場合、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。また、休止前の状況から変更が生じているときは、変更届出書を併せて提出してください。