

## 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大田原市長 様

住 所  
申請者（所在地）  
氏 名  
(名所及び代表者氏名)

次のとおり、事業の廃止（休止・再開）をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止（休止・再開）する事業所	名称								
	所在地								
休止・廃止・再開の別	休止 ・ 廃止 ・ 再開								
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日								
休止・廃止した理由									
現に介護予防を受けていた者に対する措置 (休止・廃止した場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日								

備考

事業の再開に係る届出にあつては、施行規則に定める当該事業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。