

再開届出書

年 月 日

大田原市長 様

住所

開設者 (所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

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

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表(参考様式1)を添付してください。