

様式第3号(第3条関係)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大 空 町 長 様

所在地
事業者 名称
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								
サ ー ビ ス の 種 類									
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									
現にサービス又は支援を受けていた者 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。