

介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

年 月 日

五ヶ瀬町長 様

所在地

届出者 名称

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													
再開する事業所	名称													
	所在地													
サービスの種類														
再開予定年月日	年 月 日													
届出書担当者						連絡先								

添付書類 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  
備考 再開後10日以内に届け出ること。