第４号様式(第６条第３項)

再　開　届　出　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（あて先）酒々井町長　様

所在地

)

事業(開設)者　 名　称

代表者職・氏名　　　　 　　　 ㊞

　　　次のとおり事業を再開するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所 | 名称 |
| 　　　(郵便番号　　　―　　　　)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