

# 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