

様式第5号（第3条関係）

指定地域密着型サービス事業所
指定地域密着型介護予防サービス事業所 再開届出書

年 月 日

可児市長 様

事業者 所在地
名称
代表者職氏名

次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号																		
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

- 1 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。
- 2 事業を再開した日から10日以内に届け出てください。