

様式第5号(第2条関係)

再開届出書

年 月 日

愛南町長 様

住所(所在地)
開設者 名称
氏名(代表者氏名)

次のとおり事業を再開したので届け出ます。

	介護保険事業者番号																			
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 事業の再開に係る届出に当たっては、従業者の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。