

様式第3 (第3条関係)

大口町指定居宅介護支援事業所 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

大口町長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

	介護保険事業者番号								
廃止(休止・再開)する事業所	名称								
	所在地								
廃止・休止・再開の別	廃止・休止・再開								
廃止・休止・再開した年月日	年 月 日								
廃止・休止した理由									
現に支援を受けていた者に対する措置 (廃止・休止した場合のみ)									
休止予定期間	年 月 日～ 年 月 日								

備考 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。