

様式第4号（第4条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

取手市長 殿

届出者 住 所
 （主たる事務所の所在地）
 氏 名
 （名称及び代表者の氏名）

次のとおり、事業の廃止・休止・再開について届け出ます。

	介護保険事業所番号	
廃止・休止・再開事業所 及び事業の種類	名称	
	所在地	
	事業の種類	
廃止・休止・再開の別	廃止	・ 休止 ・ 再開
廃止・休止・再開年月日	年	月 日
廃止・休止の理由		
現にサービスを受けていた者に対する措置 (廃止・休止の場合のみ)		
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、介護保険法施行規則に定める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を添付してください。