様式第　号（第　条関係）

再開届出書

年　　月　　日

　　　伊方町長

所在地

申請者　　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 | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 法人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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あっては、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。