第５号様式

再開届出書

令和　　年　　月　　日

日　田　市　長　　様

所在地

申請者

名　称

代表者氏名

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | | |
| 休止した年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者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。