

## 廃止・休止・再開届出書

年 月 日

昭 島 市 長 殿

開設(事業)者

所在地(住所)

名称及び代表者名(氏名)

印

次のとおり事業の廃止・休止・再開するので届け出ます。

	介護保険事業者番号									
廃止・休止・再開する事業所	事業所の名称	フリガナ								
	サービス種別									
	事業所の所在地	(郵便番号      -      )								
廃止・休止・再開の別					廃止・休止・再開					
廃止・休止・再開する年月日					年 月 日					
廃止・休止・再開する理由										
現にサービス又は支援を受けている者に対する (休止・廃止した場合のみ) 措置										
休止予定期間(休止の場合)					年 月 日 ~ 年 月 日					
担当者 職・氏名					連絡先 TEL			FAX		

- 備考
- 1 該当項目に○を付してください。
  - 2 廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。