

再開 ・ 休業 届出書

年 月 日

(宛先)
戸田市長所在地
届出者 名称及び
代表者名称

次のとおり事業の再開・休業をするので届け出ます。

	介護保険事業所番号												
再開・休業しようとする事業所等	名 称												
	所在地												
	サービス種別												
再開・休業の別	再開 ・ 休業												
再開・休業しようとする年月日	年 月 日												
再開・休業しようとする理由													
現に支援を受けている者（利用者）に対する措置（対応）													
休業予定年月日	年 月 日 ~ 年 月 日												
休業中の連絡先	氏 名												
	電話番号												

備考1 「利用者名簿」を添付してください。

2 事業所を再開する際は、本様式において、再度、その旨を報告してください。