様式第３号（第３条関係）

再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

羽曳野市長　　　　　　　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称

代表者の職名・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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 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。