様式第3号(第3条，第9条，第14条，第19条関係)

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所

指定居宅介護支援事業所

指定介護予防支援事業所

再開届出書

年　　月　　日

　　　阿見町長　　　　　　　　　　殿

住所

開設者　(所在地)

氏名

(名称及び代表者氏名)

　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1　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。

　　2　再開した日から10日以内に届け出てください。

　　3　この様式により難いときは，この様式に準じた別の様式を使用することができます。