様式第３号（第４条関係）

再　開　届　出　書

年　月　日

　　志布志市長　　　　　　　　　　様

事業者　所在地

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１　当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。

　　　２　再開の日から10日以内に届け出てください。