第９号様式（第２０条関係）

八潮市介護予防・日常生活支援総合事業第１号事業者再開届出書

年　　月　　日

八潮市長　宛

所　在　地

届出者　　名　　　称

代表者氏名　　　　　　　　　　印

次のとおり事業の再開をしましたので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 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　当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付の上、再開した日から１０日以内に届け出てください。