第3号様式

廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

平群町長　　殿

開設者　住所
（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

次のとおり事業を廃止・休止・再開するので届け出ます。

	介護保険事業者番号	
廃止・休止・再開する事業所	名称	
	所在地	
サービスの種類		
廃止・休止・再開の別	廃止　・　休止　・　再開	
廃止・休止・再開する年月日	年　　月　　日	
廃止・休止・再開する理由		
現にサービス又は支援を 受けている者に対する措置　※廃止・休止の場合記載		
休止予定期間	休止日　～　　年　　月　　日	
届出担当者	連絡先	

備考　廃止又は休止する日の1月前までに届け出てください。
　　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（参考様式1）を添付してください。