再開 ・ 休業 届出書

年 月 日

(宛先）

　戸田市長

所 在 地届出者 名 称 及 び

代表者名称

次のとおり事業の再開・休業をするので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開・休業しようとする事業所等 | 名 称 |  | | | | | | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | | | | | | |
| サービス種別 |  | | | | | | | | | | |
| 再開・ 休業の別 | 再開 ・ 休業 | | | | | | | | | | | |
| 再開・ 休業しようとする年月日 | 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 再開・ 休業しようとする理由 |  | | | | | | | | | | | |
| 現に支援を受けている者（利用者）に対する措置（対応） |  | | | | | | | | | | | |
| 休業予定年月日 | 年 月 日 ～ 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 休業中の連絡先 | 氏　名 |  | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | |

備考１「利用者名簿」を添付してください。

２　事業所を再開する際は、本様式において、再度、その旨を報告してください。