様式第７号（第７条関係）

小川町介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　小川町長　　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者　　　名　称　　 　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 再開した理由 |  | | | | | | | | | | |

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してください。