



介護予防・日常生活支援総合事業の事業者再開届出書

令和元年 9 月 7 日

加古川市長 様

所在地 加古川市〇〇町〇〇111-1

- ・申請者＝法人情報
- ・代表者の職名も記入
- ・代表者印（実印）を使用

申請者 法人名 株式会社 〇〇

代表者名 代表取締役 〇〇 〇〇



次のとおり事業の再開をいたしましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
再開した事業所	名称	加古川〇〇デイサービス										
	所在地	加古川市〇〇町〇〇333-3										
サービスの種類	介護予防型通所サービス											
再開した年月日	令和元年 9 月 1 日											
届出書担当者	〇〇		連絡先				000-0000-0000					

添付書類 当該事業に係る従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表

備考 再開した日以後 10 日以内に届け出ること。