



再開届出書

事業再開後、10日以内に届け出てください。

2023 年 9 月 7 日

加古川市長 様

所在地 兵庫県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  
・代表者印は不要です

申請者

名称 株式会社 〇〇

代表者職名・氏名 代表取締役 〇〇〇〇

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	2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
再開した事業所	名称	加古川〇〇小規模多機能型居宅介護事業所											
	所在地	兵庫県加古川市〇〇町〇〇333-3											
サービスの種類	小規模多機能型居宅介護及び介護予防小規模多機能型居宅介護												
再開した年月日	届出書類の内容について、確認させていただくことがありますので、ご担当者の氏名と連絡先を記入してください。												
		2023	年	9	月	1	日						

備考 事業の再開に係る届出にあつては、従業員の勤務体制及び勤務形態一覧表を添付してください。

提出者 (問合せ先)	担当者名	〇〇 〇〇										
	電話番号	012-345-679	メールアドレス	〇〇〇@〇〇〇.co.jp								