別紙様式第三号（二）

再開届出書

年　　月　　日

市（区・町・村）長殿

所在地

申請者　　名称

代表者職名・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
	法人番号
再開した事業所	名称
	所在地
サービスの種類	
再開した年月日	年　　月　　日

備考　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を添付してください。