様式第４号(第３条関係)

松浦市指定地域密着型サービス事業所・

松浦市指定地域密着型介護予防サービス事業所　再開届出書

年　　月　　日

　松浦市長　　　　　様

住所

（所在地）

開設者　氏名

（名称及び代表者氏名）　　　　　　㊞

　次のとおり事業を再開しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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（参考様式１）を添付してください。