第５号様式（第１０条関係）

浜松市地域生活支援事業（移動支援事業）事業再開届

　　年　　月　　日

(あて先)　浜松市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　（届出者）所 在 地　〒　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　）　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　及　　び

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

下記のとおり浜松市地域生活支援事業（移動支援事業）を再開しますので、浜松市移動支援事業実施要綱第１０条第６項の規定により届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 再開年月日 | 年　　月　　日 |
| 事業所・施設の名称 |  |
| 事業所・施設の所在地 | 〒　 －　 |
| 事業所・施設の電話番号 |  |
| 事業所・施設の管理者氏名 |  |

※事業を再開する場合は、従事者等の勤務体制表を添付すること。