

（あて先） 浜松市長

住 所
〔所在地〕
届出者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕

印

〔代表者氏名を自署する場合は、押印は不要です。〕

事業再開届出書

指定居宅サービス・指定地域密着型サービス・指定居宅介護支援・介護老人保健施設・介護医療院・指定介護予防サービス・指定地域密着型介護予防サービス・指定介護予防支援を再開したので、介護保険法第75条第1項・第78条の5第1項・第82条第1項・第99条第1項・第113条第1項・第115条の5第1項・第115条の15第1項・第115条の25第1項の規定により、次のとおり届け出ます。

記

介護保険事業所番号

再開した事業所・施設	名 称	
	所在地	(郵便番号 -)
	電話番号	
事業等の種類		
再開年月日		