様式第９号（第７条関係）

指定地域密着型サービス事業所・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

石巻市長　　　　　　　　　殿

所在地

開設者　名　称

代表者職氏名

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 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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。