

様式第9号（第5条関係）

本宮市介護予防・日常生活支援総合事業指定事業再開届出書

年 月 日

（宛先）本宮市長

所在地
事業者 名称
代表者氏名 ㊟

次のとおり事業を再開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									
再開した理由									

注：再開する事業に係る従業者の勤務体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。