様式第４号（第６条関係）

多賀城市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者事業所廃止・休止・再開届出書

年　　　月　　　日

多賀城市長　殿

所在地

申請者　 名　称

代表者職氏名

次のとおり事業を　廃止・休止・再開　しましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開の別 | 休止　・　廃止　・　再開 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止・再開した年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | | | |
| 休止・廃止した理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を  受けていた者に対する措置  （休止・廃止した場合のみ） |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日 　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　事業の再開に係る届出にあっては、当該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。