別紙様式第二号（五）

# 再開届出書

年　　月　　日

市（区・町・村）長殿

所在地

申請者　　名称

代表者職名・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 | |
| | 法人番号 | |
| 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。