様式第５号

　　年　　月　　日

吉見町長　　　　　様

所在地

事業者　名　称

代表者氏名

吉見町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止・再開届出書

次のとおり事業の廃止（休止・再開）を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 |  | | |
| 廃止・休止・再開の別  （いずれかを○で囲む。） | 廃止　・　休止　・　再開 | | |
| 廃止・休止・再開した  年月日 |  | | |
| 休止予定期間  （休止する場合のみ記入） |  | | |
| 廃止・休止する理由 |  | | |
| 現にサービス等を受けていた者に対する措置  （休止・廃止した場合のみ） |  | | |

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。