

再開届出書

年 月 日

(宛先)春日市長

所在地  
事業者 名称 印  
代表者職氏名

次のとおり事業の再開について、届け出ます。

	介護保険 事業所番号													
再開する事業所	名称													
	所在地													
サービスの種類														
再開年月日	年 月 日													

備考 施行規則に定める当該事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。