別記様式第３号（第８条の３関係）

介護予防・日常生活支援サービス事業所指定（廃止・休止・再開）届出書

年　　　月　　　日

　上三川町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　開設（事業）者（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（法人の場合は、名称及び代表者の職氏名）

　　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・再開事業所 | 名称 | 　 |
| 所在地 | (〒　　　　―　　　　　) |
| (ビルの名称等) |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　　・　　休止　　・　　再開 |
| 廃止・休止・再開した年月日 | 　 |
| 廃止・休止・再開した理由 | 　 |
| 現にサービス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、規則第74条の6第2項第2号に定める当該事業に係る従業者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。