第5号様式(第4条関係)

上尾市指定地域密着型(介護予防)サービス事業再開届出書

年　　月　　日

　(宛先)

　　　　　上尾市長

住所

事業者(所在地)

氏名

(名称及び代表者職・氏名)

　指定地域密着型(介護予防)サービス事業を再開しましたので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 再開したサービスの種類 | | ・  ・  ・ | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　指定地域密着型(介護予防)サービス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すること。