

様式第3号（第3条関係）

再開届出書

年 月 日

別府市長

あて

所在地

事業者

名称及び代表者職・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																		
再開した事業所	名称																		
	所在地																		
連絡先	電話番号： FAX 番号：																		
再開した年月日	年 月 日																		

備考 事業の再開に係る届出にあつては、介護保険法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。