

提出担当者	連絡先	TEL FAX
	氏名	

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

郵便番号  
住所  
氏名  
届出者  
〔法人にあつては、  
名称及び代表者の職・氏名〕  
電話番号

廃止したい  
指定を受けた事業を 休止したい ので、下記のとおり、届け出ます。  
再開した

記

介護保険事業所番号	
届出に係る事業所	名称
	所在地
サービスの種類	
廃止、休止する又は再開した年月日	年 月 日
廃止又は休止の理由	
現にサービスを受けている者に対する措置	
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日

添付資料 再開に係る届出の場合は、従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表及び従業員の資格を証する書類