

提出担当者	連絡先	TEL
	氏名	FAX

介護老人保健施設又は介護医療院の廃止・休止・再開届出書

年 月 日

(あて先) 新潟市長

郵便番号
住所
届出者 名称
代表者の職・氏名
電話番号

介護老人保健施設
介護医療院
廃止したい
を休止したい
再開した
ので、下記のとおり、届け出ます。

記

介護保険事業所番号										
届出に係る施設	名称									
	開設の場所									
開設許可年月日	年 月 日									
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										
廃止又は休止する場合は、現に入所している者に対する措置										
その他参考となる事項										
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日									

添付書類 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