

第4号様式（第4条関係）

廃止・休止・再開届出書

平成 年 月 日

長崎県知事 様

所在地
事業（開設）者 名称
代表者 印

次のとおり事業の
[廃止・休止をします
 再開しました] ので届け出ます。

介護保険事業所番号 4 2	名称
	所在地
廃止（休止・再開）する事業所 サービスの種類 休止・廃止・再開の別 休止・廃止予定年月日 再開年月日	休止・廃止・再開 平成 年 月 日
休止・廃止する理由 現にサービス又は支援を受けている者に対する措置 （休止・廃止する場合のみ）	
休止予定期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日

備考 事業の再開に係る届出にあっては、施行規則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。