　　　　　　様式第７号（第１４条関係）

能登町介護予防・生活支援サービス事業者再開届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　（宛先）能登町長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事 業 者　　　名　称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

代表者氏名

　　　　　　　　　　次のとおり休止した事業の再開をしたので、届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | 名称 | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | |
| 再開年月日 | 年　 　月　 　日 | | | | | | | | |
| 休止した理由 |  | | | | | | | | |

　　　　　　　備考　１当該届出に係る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。