様式第３号（第７条関係）

石岡市介護予防・日常生活支援総合事業指定第１号事業者指定（廃止・休止・再開）届出書

年　　　月　　　日

　石岡市長　宛

所在地

事業者名称

代表者氏名

　次のとおり事業を指定（廃止・休止・再開）するので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 指定事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止・休止・再開する事業所 | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開の別 | 廃止　・　休止　・　再　開 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止・休止・再開する理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は支援を受けていた者  に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　廃止，休止又は再開する日の１月前までに届け出てください。