

第3号様式の2（第4条関係）

事業所等再開届出書

年 月 日

奈良県知事 殿

届出者 住所

（法人にあつては、主たる事務所の所在地）

氏名

印

（法人にあつては、名称及び代表者の氏名）

次のとおり事業所又は施設を再開しましたので届け出ます。

	介護保険事業所番号	
再開した事業所又は施設	名称	
	所在地	
サービスの種類		
再開した年月日		

備考 この届出に係る当該事業所又は施設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。