

様式第3号（第5条関係）

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

五所川原市長

所在地  
届出者 名称  
代表者氏名 印

次のとおり事業の廃止・休止・再開をしたので届け出ます。

介護保険事業者番号								
廃止（休止・再開）する事業所	名 称							
	所在地							
休止・廃止・再開の別	休止・廃止・再開							
休止・廃止・再開した年月日	年 月 日							
休止・廃止した理由								
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・廃止した場合のみ)								
休止予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日							