別記様式第3号(第3条関係)

指定介護予防支援事業所再開届出書

年　　月　　日

　(あて先)栃木市長

所在地

事業者

名称

　次のとおり事業の再開をしま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 | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |

備考　介護保険法施行規則に定める当該事業に係る従事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。