様式第２号

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定通所介護事業所等における宿泊サービスの実施に関する | 休止・廃止  再開 | 届出書 |

年　　　月　　　日

（宛先）高槻市長

主たる事務所の所在地

法人名称

代表者の職・氏名

　みだしのことについて、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所情報 | 事業種別 | □通所介護　　□認知症対応型通所介護（予防）  □地域密着型通所介護 | | | |
| フリガナ |  | | | |
| 事業所名称 |  | | | |
| フリガナ |  | | 事業所番号 |  |
| 管理者氏名 |  | |
| 事業所  連絡先 | 電話番号  （緊急時） | －　　　　　　－  　　　　　　　－　　　　　　－ | | |
| ＦＡＸ番号 | －　　　　　　－ | | |
| メールアドレス |  | | |
| 事業所  所在地 | 〒 | | | |
| 廃止・休止の理由 | |  | | | |
| 現に入居している者に対する措置 | |  | | | |
| 廃止予定年月日 | | 年　　月　　日 | | | |
| 休止の予定期間 | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | |
| 再開年月日 | | 年　　月　　日 | | | |

備考　１　廃止又は休止の場合は、廃止又は休止する１ヶ月前までに届け出ること。

２　再開の場合は、再開後１０日以内に届け出ること。