様式第9号（第6条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業再開届出書

年　　月　　日

菊　池　市　長　様

住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　事業（開設）者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (名称及び代表者職・氏名）

次のとおり事業を再開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 | 名　　称 |
| 所 在 地 |
| 電話番号 |
| サービスの種類 |  |
| 再開した年月日 |  　　　年　　　月　　　日 |

　備　考　当該事業に係る次の書類を添付してください。

・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

・組織体制図（他の事業を含む。）

・経歴書（生活相談員又はサービス提供責任者）

・従業者の雇用を示す書類（雇用契約書や雇用証明書等）

・従業者の資格を証する証明書の写し

・従業者の写真（職・氏名を記載）

・事業所の平面図及び写真（外観・各部屋を撮影、撮影した方向を平面図に記載）