　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

（宛先）五島市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　事　業　者　　　名　称　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者廃止・休止届出書

次のとおり事業の廃止（休止）をしますので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 総合事業事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止し、又は休止しよう  とする事業所 | 名　称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 |  | | | | | | | | | | |
| 廃止又は休止の別 | □廃　止　　　　□休　止 | | | | | | | | | | |
| 廃止し、又は休止しよう  とする年月日 | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |
| 廃止し、又は休止しよう  とする理由 |  | | | | | | | | | | |
| 現にサービス又は  支援を受けていた  者に対する措置 |  | | | | | | | | | | |
| 休止予定期間 | 年　　月　　日から  　　　年　　月　　日まで | | | | | | | | | | |