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 |