

年 月 日

(宛先) 五島市長

事業者 所在地
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	<input type="checkbox"/> 廃 止 <input type="checkbox"/> 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									