

年 月 日

（宛先）高松市長

申請者 主たる事務所の所在地
名 称
代表者の氏名

高松市介護予防・生活支援サービス事業者再開届

事業を再開したので、次のとおり届けます。

	介護保険事業所番号																			
事業所	名称																			
	所在地																			
	電話番号																			
サービスの種類																				
再開年月日	年 月 日																			

備考

- 1 再開した事業に係る従業員の勤務の体制及び勤務形態に関する書類を添付してください。
- 2 再開の日から10日以内に提出してください。