【様式２】

事業所の休止（又は廃止）予定に関する申出書

令和　　年　　月　　日

鳥取県福祉保健部ささえあい福祉局長寿社会課長　様

事業者(法人)名称

事業所名称

事業所所在地

代表者氏名

　現在、介護保険法第１１５条の３５に規定する情報の公表の対象事業者に該当しますが、下記の理由により、非該当となる見込みであることを申出ます。

なお、休止又は廃止予定日までに休止又は廃止をしないこととなった場合には、制度に基づき、報告を行います。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | 事業所番号 |  | |
| サービス種類 |  | 担当者氏名  （連絡先）  （ﾌｧｸｼﾐﾘ）  （ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ） | （　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　）  （　　　　　　　　　　） | |
| 所在地 |  | | |
| 区分  ※いずれかを○すること | １　休止予定  ２　廃止予定 | | | |
| 休止又は廃止予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日  ※休止の場合は、再開予定年月日を御記入ください  令和　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 指定権者への届出予定日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | |