様式第９号（第６条関係）

介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者再開届出書

年　　月　　日

　　大津町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　事業（開設）者（所在地）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（名称及び代表者氏名）

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険事業所番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | | 名称 | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | | | | | | | | |
| サービスの種類 | |  | | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | |

備考　当該事業に係る次の書類を添付してください。

　　　・従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表

・組織体制図（他の事業を含む。）

・経歴書（管理者、生活相談員、サービス提供責任者、経験看護師、精神保健福祉士に準ずる者）

・従業者の雇用を示す書類（雇用契約書や雇用証明書等）

・従業者の資格を証する証明書の写し

・従業者の写真（職・氏名を記載）

・事業所の平面図及び写真（外観・各部屋を撮影。撮影した方向を平面図に記載。）