

川崎市健康福祉局長寿社会部介護保険課 行き  
FAX 044-200-3926

平成 年 月 日

申 出 書 (休・廃止)

「介護サービス情報の公表」に係る報告、調査及び公表については、次の期日まで、その実施を延期していただきますようお願いします。

1 ※ (休止・廃止) の届出予定 (※休止・廃止の不要な方を抹消すること。)

休止又は廃止の予定年月日 平成 年 月 日

市への届出予定年月日 平成 年 月 日

2 サービスグループ

事業所番号 (計画通知書をご 参照ください)	1	4								
------------------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

(事業所で指定を受けているサービス(予防含む。)をすべて記入してください。)

(今回、休止又は廃止をしようとしているサービス(予防含む。)をすべて記入してください。)

なお、上記の期日までに、確実に事務処理を行いますことをお約束します。

川崎市長 様

所在地

事業所名

代表者名(または責任者名等)

(印)

電話番号

※

記入者職名	記入者氏名	連絡先電話番号