

_____ 年 月 日

申 出 書 (休 ・ 廃 止)

「介護サービス情報の公表」に関する報告、調査及び公表については、中止または次の期日まで延期していただきますようお願いいたします。

- 1 廃止の届出予定 }
 休止の届出予定 } どちらかにチェック

休止又は廃止の予定年月日：_____ 年 月 日

本市事業者指定担当課への届出（予定）年月日：_____ 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。

(宛先) 川崎市長

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

<提出(郵送)先> 〒210-8577 川崎市川崎区宮本町1番地
川崎市健康福祉局介護保険課管理係 宛て