

(様式第3号)

廃止・休止・再開届出書

年 月 日

長崎県知事 殿

事業者(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名) 印

次のとおり事業の廃止(休止・再開)をしましたので届け出ます。

事業所番号	
廃止(休止・再開)する事業所	名称
	サービスの種類
	所在地
廃止・休止・再開した年月日	平成 年 月 日
廃止・休止した理由	
現に指定障害福祉サービスを受けていた者 に対する措置(廃止・休止した場合のみ)	
休止予定期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日

- (注) 1 事業の再開に係る届出にあつては、当該事業に係る従業者の勤務の体制及び勤務形態が休止前と異なる場合には、勤務体制・形態一覧表を添付してください。
- 2 再開の場合は、休止した事業を再開した日から10日以内に届け出てください。
- 3 休止または廃止の場合は、事業を廃止または休止しようとする日の1か月前までに届け出てください。

(様式第4号)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

長崎県知事 殿

法人所在地
法人名
代表者職氏名

印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

指定を辞退する施設	事業所番号
	名 称
	所 在 地
指定を受けた年月日	平成 年 月 日
指定を辞退する年月日	平成 年 月 日
指定を辞退する理由	
現に施設に入所している者に対する措置	

(注)指定を辞退する日の3月前までに届け出てください。