

指定障害児通所支援事業再開届出書

年 月 日

千葉県知事 様

申請者 所在地

(設置者) 名称

代表者

印

次のとおり事業の再開をしましたので届け出ます。

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

備考

- 1 再開した事業に係る従業者の勤務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 再開の日から10日以内に届け出てください。