

受付番号	
------	--

宮崎県における指定通所介護事業所等で提供する宿泊サービス事業 休止・廃止届

平成 年 月 日

宮崎県知事 殿

事業者
所在地
名称
代表者氏名 印

次のとおり宿泊サービス事業を 休止 ・ 廃止 するので届け出ます。

休止又は廃止する事業所	
フリガナ	
名 称	
事業所の所在地	

休止又は廃止年月日		
休止 ・ 廃止 年月日	平成 年 月 日	
休止の場合は、休止予定期間	(上記休止日から) 平成 年 月 日 まで	

休止又は廃止する理由

現に宿泊サービスを利用している利用者の状況

担当者 職・氏名		連絡先	TEL	
			FAX	

- 備考
- 1 該当項目に○を付してください。
 - 2 休止又は廃止するときは速やかに届け出てください。