

FAX番号 043-244-5201 (公表センター行き)

平成 年 月 日

千葉県介護サービス情報公表センター 様

法人名 _____

代表者名 _____

介護サービス情報の公表に係る休止・廃止予定連絡票

当事業所は、下記のとおり当該事業所を廃止（休止）する予定ですので、今年度の調査票の提出の猶予を申し出ます。

なお、予定どおりに廃止又は休止しなかった場合、又は、届け出予定までに廃止又は休止の届け出ができない場合は、直ちに今年度の「介護サービス情報の公表制度」に基づく調査票の提出を行います。

介護保険事業所番号	
事業所の名称	
介護サービス種類	
休止・廃止の別	休止・廃止（○で囲む）
休止・廃止年月日	平成 年 月 日
千葉県・市町村への届け出 年 月 日	平成 年 月 日
電話番号	
担当者名	

※連絡票の内容をもとに、千葉県介護サービス情報公表センターから千葉県・市町村へ照会します。