老人デイサービスセンター・老人短期入所施設  
・老人介護支援センターの廃止・休止届

第　　　　号

年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

届出者

住　　所

氏　　名

電話番号

（法人にあっては、その所在地、名称及び代表者の氏名）

　　　　　　年　　月　　日　　第　　号をもって届出をした老人デイサービスセンター・老人短期入所施設・老人介護支援センターの廃止・休止をしたいので、老人福祉法第16条第１項の規定により届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設の名称 | |  |
| 施設の所在地 | |  |
| 廃止又は休止しようとする年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 廃止又は 休止の理由 |  | |
| 現に便宜若しくは援助を受け、又は入所している者に対する措置 |  | |
| 休止しようとする場合にあっては、休止予定期間 | 年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで | |