別記様式第25号（規格A4）（第19条関係）

第　　　号

年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

所在地（住所）

名　称

代表者（氏名）

　次のとおり有料老人ホームをします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 施設名 |  | | |
| 施設所在地 |  | | |
| 入居者数 |  | | |
| 入居者等への対応 |  | | |
| 廃止予定年月日 | 年　　月　　日 | 休止予定期間 | 年　　月　　日から  年　　月　　日まで |
| 廃止又は休止の理由 |  | | |

添付書類　提出する時点での入居者名簿（廃止又は休止となった後の入居者の処遇が明記されたもの）