廃止・休止・再開届出書

年　　月　　日

　　　群馬県知事　あて

住　　所

事　業　者（所在地）

氏　　名

（名称及び代表者氏名）

　　次のとおり事業の廃止（休止・再開）について届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 廃止（休止・再開）に係る事業所 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 廃止・休止・再開の年月日 | 年　　月　　日 |
| 廃止・休止する理由 |  |
| 現に指定障害福祉サービス等又は共生型障害福祉サービスを受けていた者に対する措置（廃止・休止する場合のみ） |  |
| 休止予定期間 | 　　　　年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 |

注　１　事業の再開に係る届出にあっては、当該事業に係る従業者の勤務の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　廃止・休止については、廃止・休止の日の一月前までに届け出てください。

３　再開については、再開の日から10日以内に届け出てください。

４　廃止・休止については、別紙を添付してください。