

別記様式第25号（規格A4）（第19条関係）

有 料 老 人 ホ ー ム 廃 止 届
休 止

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廃止
休止

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）