指定障害児通所支援事業所再開届出書

年　　月　　日

いわき市長　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 届出者 | 所　在　地 |  |
| 名　　　称 |  |
| 代表者氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 再開した事業所 | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | | |
| 再開した年月日 | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | |

備考　再開した日から10日以内に届け出てください。