

様式第3号

FAX番号 043-244-5201 (公表センター行き)

休止・廃止された際、この連絡票を空欄の無いようご記入いただき、FAXにてご提出いただくことにより、公表中の情報を非公表処理させていただきます。

平成 年 月 日

人名

代表者名

介護サービス情報の公表に係る休止・廃止連絡票

当事業所は、廃止又は休止しており、千葉県・市町村に「廃止（休止）届出書」を届出済みであるため、「介護サービス情報の公表制度」の対象外であることを申し出ます。

介護保険事業所番号	
事業所の名称	
介護サービス種類	
休止・廃止の別	休止・廃止（○で囲む）
休止・廃止年月日	平成 年 月 日
千葉県・市町村への届出年月日	平成 年 月 日
電話番号	
担当者名	

※ 連絡票の内容をもとに、千葉県介護サービス情報公表センターから千葉県・市町村へ照会します。