様式第３号

ＦＡＸ番号　０４３－２４４－５２０１（公表センター行き）

　　　年　　月　　日

千葉県介護サービス情報公表センター　様

法人名

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 | 年　　　月　　　日 |
| 千葉県・市町村への  届け出年月日 | 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。