第　　　　　号

年　　月　　日

　　佐賀県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　設置者（住所を記入）

（法人名・代表者名を記入）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（施設名を記入）

担当者（担当者名を記入）

TEL（　　　　）　　－

有料老人ホーム事業再開届

　　下記のとおり有料老人ホームの事業を再開します。

記

　1　施設名および所在地

　　　　施設名○○

　　　　○○市○○町○○123-45

　2　再開の時期

　　　　○○年○○月○○日から

　3　その他参考事項

ア　休止期間

○○年○○月○○日から○○年○○月○○日まで

　　　イ　再開理由又は再開可能と判断した理由