

二宮町地域生活支援事業者（廃止・休止・再開）申請書

年 月 日

二宮町長様

所在地

申請者

氏名

(法人にあっては名称及び代表者の氏名)

二宮町地域生活支援事業において次のとおり指定・登録を（受けている・受けていた）内容について
 （廃止・休止・再開）することを届出いたします。

現在登録されている又は登録されていた内容	事業所又は施設	名 称			
	所 在 地	〒			
	電話			FAX	
	事業所番号				
地域生活支援事業の内容	実 施 事 業		事業開始予定年月日		届出・登録年月日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日
			年 月 日		年 月 日

※事業を再開する場合で、登録データが確認できないときは、9号様式で届出してください。

起案日	・ ・	決裁	課 長	班統括者	合 議	担 当	公印使用承認
決裁日	・ ・						
施行日	・ ・						
公印使用日	・ ・	上記のとおり届出がありましたので、別紙のとおり変更してよろしいか。					