

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

八 幡 浜 市 長 様

所在地

事業者名称

代表者職・名前

㊞

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号																			
指定を辞退する事業者	名称																			
	(〒 ー) 所在地																			
指定を受けた年月日	年			月			日													
指定を辞退する年月日	年			月			日													
指定を辞退する理由																				
現にサービス又は支援を受けている者に対する措置																				
届 出 書 担 当 者				連 絡 先																

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出ること。