

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

さぬき市長 殿

所在地

事業者名

代表者職氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号												
指 定 を 辞 退 す る 施 設	名 称												
	----- 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													
現に施設に入所している者に対する措置													

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。