

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

西条市長 様

所在地
(個人にあつては、住所)
申請者 名 称
代表者職・名前
(個人にあつては、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。