

様式第4号(第4条関係)

指定辞退届出書

年 月 日

名寄市長 様
開設者 住所
(所在地)
氏名
(名称及び代表者氏名)

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													
現に施設に入所している者に対する措置													

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。