

指定辞退届出書

年 月 日

大田原市長 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。