

指定辞退届出書

年 月 日

匝瑳市長 あて

届出者 所在地  
名 称  
代表者氏名

下記のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

記

	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。