

第1号指定事業者指定辞退届出書

年 月 日

大和高田市長 様

所在地

事業者 名称

代表者氏名

印

指定を辞退したいので、次のとおり届け出ます。

	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																				
現にサービスを受けている者 に対する措置																				

【備考】 指定を辞退する日の1か月前までに届け出てください。