

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

千歳市長 様

所 在 地

事業者 名 称

代表者氏名 印

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業者番号							
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								

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。