

指定辞退届出書

年 月 日

知事 殿

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。

| | | | |
|--------------------|-----------|-------|---|
| 指定を辞退する施設 | 介護保険事業所番号 | | |
| | 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。