

指定辞退届出書

年 月 日

五泉市長 様

住所  
開設者 (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									

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。