

様式第5号(第5条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

三豊市長 様

所在地
事業者 名 称
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																			

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。