

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

久慈広域連合長 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。