

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

(あて先)  
新宮市長

所在地  
事業者 名 称 ⑩  
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。