

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

多治見市長

所在地

事業者 名 称

印

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	2	1										
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。