

別記様式第4号(第4条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

大泉町長 様

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
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。