

指定地域密着型サービス事業所

指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定辞退届出書

年 月 日

大河原町長 殿

所在地

事業者 名称 印

代表者職氏名

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号									
指 定 を 辞 退 す る 施 設	名称									
	所在地									
指 定 を 受 け た 年 月 日										
指 定 を 辞 退 す る 年 月 日	年 月 日									
廃 止 ・ 休 止 ・ 再 開 し た 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。