

指定辞退届出書

年 月 日

新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合理事長 殿

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														
指定を辞退する年月日														
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。