

様式第 4 号（第 4 条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

岩泉町長 様

所在地

事業者 名 称

代表者氏名 ⑩

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。