

様式第4号(第4条関係)

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

(宛先)北茨城市長

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								
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									

備考 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。