様式第５号(第７条関係)

御船町介護予防・日常生活支援総合事業指定事業者指定辞退届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

御船町長　　　　　　様

所在地

事業(開設)者 名　称

代表者職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

下記のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険事業所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 事業所名 | 名称 |
| 　　　(郵便番号　　　　－　　　　)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 |  |
| 現に事業所を利用している者に対する措置 |  |
| 届 出 書 担 当 者 |  | 連　絡　先 |  |

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。