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。