

様式第4号(第4条関係)

**指定地域密着型サービス事業所  
指定地域密着型介護予防サービス事業所 指定辞退届出書**

年 月 日

御 殿 場 市 長 様

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									

注 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。