

様式第7号（第7条関係）

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

五ヶ瀬町長 様

所在地

届出者 名称

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													
指定を辞退する事業所	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														
現にサービス又は支援を受け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月前までに届け出ること。