

様式第4号（第4条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

令和 年 月 日

（宛先）伊那市長

所在地
開設者 名 称 ④
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	令和 年 月 日													
指定を辞退する年月日	令和 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。