

第9号様式（第10条関係）

指 定 辞 退 届 出 書

年 月 日

知事 殿

住所  
開設者（所在地）  
氏名  
（名称及び代表者職・氏名）

次のとおり指定を辞退したいので届け出ます。

	介護保険事業所番号													
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														

- 備考1 指定を辞退する日の1月前までに届け出てください。
- 2 この様式は、九州各県（沖縄県を除く。以下同じ。）の共通様式ですので、宛先を書き換えていただければ、九州各県で使用できます。