様式第７号（第５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

市川市長

申請者　住所
（所在地）
氏名
（名称及び代表者氏名）

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　指定を辞退する日の１月前までに届け出てください。