

別記第4号様式（第4条関係）

指定地域密着型サービス事業所及び
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

富良野市長 様

住 所
事業者 氏 名

印

（法人にあつては、主たる事務所の所在地並びに
名称及び代表者の氏名）

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。